
Tożsamość międzybiegunowa. Od doświadczenia do widzenia

Krzysztof Dyga

Jeśli miał poczucie tożsamości to chyba z kamieniem z piaskowcem
niezbyt sypkim jasnym jasnoszarym
który ma tysiąc oczu z krzemienia
(porównanie bez sensu kamień widzi skórą)
jeśli miał poczucie głębokiego związku to właśnie z kamieniem
nie była to wcale idea niezmienności kamień
był różny leniwy w blasku słońca brał światło jak księżyc
gdy zbliżała się burza ciemniał sino jak chmura
potem pił deszcz łączywie i te zapasy z wodą
słodkie unicestwienie zmaganie żywiołów spięcia elementów
zatrącenie natury własnej pijana stateczność
były zarazem piękne i upokarzające
więc w końcu trzeźwiał w powietrzu suchym od piorunów
wstydlivy pot ulotny obłok miłosnych zapalów
(Z. Herbert, *Poczucie tożsamości*, s. 373)

Wstęp

Wiersz Zbigniewa Herberta posłużył za punkt wyjścia, choć równie dobrze mógłby służyć za punkt dojścia niniejszych rozważań. Oddaje bowiem doskonale fenomen doświadczania własnej tożsamości w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD)¹. Jednym z zamierzeń rozdziału jest właśnie, będący rezultatem uprzedniej eksploracji, opis owego fenomenu, często nieuchwytnego, a zawsze wieloaspektowego i niejednoznacznego. To-warzyszzy temu świadomość, że zarówno forma, jak i treść opisu są swoistym

¹ Oczywiście nie wiadomo, czy taki był zamysł autora, niemniej jednak można to brać pod uwagę, zważywszy, że wiersz ukazał się 8 lat po zdiagnozowaniu tego zaburzenia u poety.

epifenomenem – powstają za pośrednictwem takiej a nie innej metody, wybranej przez konkretnego badacza i stosowanej w odniesieniu do konkretnego przejawu rzeczy-w-świecie. „Rzeczą” w tym przypadku jest tożsamość, światem – ChAD, a przejawem – indywidualność, osoba doświadczająca własnej tożsamości w tej chorobie.

Badania, będące głównym przedmiotem rozdziału i umożliwiające ów opis, stanowią dosłowny wyraz podejścia idiograficznego w psychologii. Dosłowny, ponieważ były oparte na własnoręcznie zapisanych (gr. *idios*: własny, *gráphō*: piszę) doświadczeniach z tożsamością konkretnych osób z diagnozą ChAD. Przyjęcie zaś metody zgodnej z owym podejściem pozwala do pewnego stopnia uwidocznć przeoczone, zobaczyć doświadczane. Efektem lektury nie musi być jednak klarowny ogląd rzeczy, bardziej prawdopodobne, że nasunie ona wiele wątpliwości. Składa się bowiem w dużej mierze z pytań zbudowanych na (zadawanych przez samych chorych) pytaniach. Taka forma wywodu jest uzasadniona samym jej przedmiotem. Tożsamość stanowi w psychologii (i w życiu) pojęcie wyjątkowo niedookreślone, co rzeczywistość ChAD potęguje na zasadzie szczególnie pojętej synergii. Dlatego też zanim przejdzie się do refleksji nad możliwością badania, a później do samych badań, konieczne będzie wspomnienie o specyfice psychologicznego ujmowania tożsamości oraz przywołanie podstawowych informacji na temat ChAD.

1. Krótko o tożsamości² w ujęciu psychologii akademickiej

Zbigniew Herbert zatytułował swój wiersz *Poczucie tożsamości*, nie zaś *Tożsamość*. W psychologii jest to podstawowe rozróżnienie, co do którego istnieje zresztą wiele kontrowersji (Krzyżewski, Kazberuk, 2000; Grzegorek, 2000). Na potrzeby niniejszego rozdziału wystarczy przyjąć, że z „tożsamością” łączą się wymiary przedmiotowe³ (poznawcze) i treściowe, a z „poczuciem

² Jakkolwiek przez tożsamość rozumie się tutaj przede wszystkim tożsamość osobistą („samotożsamość”, jak nazywa ją Anna Gałdowa), nie mniej ważny jest społeczny aspekt tożsamości. Współcześnie obok tożsamości osobistej i społecznej rozróżnia się jeszcze relacyjną i kolektywną (Cheek et al., 1994). Nawiasem mówiąc, pierwotny podział odpowiada w dużej mierze rezultatom dwóch, leżących u podstaw kształtowania się tożsamości procesów – różnicowania i identyfikacji (por. Jarymowicz, 1988).

³ Podział tożsamości na aspekty podmiotowe i przedmiotowe odpowiada do pewnego stopnia fundamentalnemu podziałowi Ja dokonanemu przez Williama Jamesa (1983). Nie miejsce tu na szczególne rozważania, jak ma się tożsamość do Ja, co łączy obydwie kategorie, a co dzieli. Można tylko powiedzieć, że tożsamość jest częścią Ja, a jednocześnie „stosunkiem” do (treści) tego Ja. Aspekt przedmiotowy tej pierwszej kierowałby uwagę, podobnie jak u Ja-

tożsamości”: podmiotowe (fenomenologiczne) i strukturalne⁴. W pierwszym przypadku chodziłoby nie tylko o zbiór samookreśleń, autocharakterystyk, ale także faktów, konstruktów, przekonań, wartości, standardów postępowania i składników obrazowych (Mandrosz-Wróblewska, 1988; Bikont, 1988; Schlenker, 2012), w drugim natomiast o sposób organizacji i integracji zróżnicowanych treściowo komponentów, co w dużej mierze wyrażałoby się właśnie w poszczególnych „poczuciach”: odrębności, spójności, ciągłości, unikalności, sprawstwa, jedności i wewnętrznej treści (Oleś, 2008; Sokolik, 1992; Berzonsky, 2005). Interesujące, że cytowany poeta sięga głębiej i zwraca uwagę na rzadko zadawane, nawet przez psychologów, pytanie: poczucie toż-samości... ale właściwie z kim lub z czym?⁵ Można założyć, że przede wszystkim z samym sobą. To z pozoru tautologiczne stwierdzenie staje się w przypadku osób z ChAD ilustracją ich zmagania z własną tożsamością.

2. Tożsamość choroby afektywnej dwubiegunowej: pomiędzy nozologią a fenomenologią

Zespół objawów, nieobcy już (jak to zwykle bywa) medycynie starożytnych Greków (Soranus z Efezu, Areteusz z Kapadocji), psychiatrii Kraepelinowskiej znany pod nazwą psychozy maniakalno-depresyjnej, obecnie zaś określany mianem choroby afektywnej dwubiegunowej stanowi, jak lapidarnie ujęła to Kay Jamison (2000, s. 9), „zniewalająco skomplikowany konglomerat najbardziej wartościowych i najbardziej niebezpiecznych cech ludzkiej natury”. Co kryje się za tym sugestywnym, acz niewiele zdradzającym opisem? Przede wszystkim, jak sama nazwa wskazuje, afekt – rozumiany jako krań-

mesa, na samowiedzę, ale nie jej całość, tylko te jej elementy, które mają największy wkład w konstituowanie „bycia sobą” jednostki. Co więcej, dokonuje się czasem dalszego rozróżnienia na „prywatne” i „publiczne” (Fenigstein, Sheier, Buss, 1975). W obydwu przypadkach pytanie nadal brzmi „kim jestem”, jednak rodzaj odpowiedzi zależy od różnic indywidualnych w istotności przyznawanej temu, co wewnętrzne (np. cechy osobowości, myśli, uczucia) lub/i zewnętrzne (status, role społeczne i zawodowe, mowa, ekspresja).

⁴ Syntezy obydwu podejść dokonała Joanna Mandrosz-Wróblewska (1988, s. 42), uznając, że na tożsamość składają się „te elementy wiedzy o własnej osobie, które są w najwyższym stopniu charakterystyczne dla Ja, którym podmiot przypisuje szczególną wagę – wymiary schematowe. Treści konstituujące tożsamość są zarazem podstawą poczucia spójności Ja w czasie i przestrzeni, a także poczucia odrębności własnej osoby od innych”. Por. też podział Erika Eriksona (2004, s. 145) na tożsamość *self* i tożsamość *ego*.

⁵ O ile etymologia słowa „tożsamość” odsyła do relacyjności (między iksem dziś a iksem wczoraj, ewentualnie między iksem a zbiorem iksów – grupą) i jako takie jest ono niezwykle użyteczne społecznie, to, jak słusznie zauważa Anna Grzegorek (2008), nie jest to perspektywa, z której psychologowie zwykli patrzeć na tożsamość.

cowo zmienny nastrój, wyrażający się w depresji i manii. O ile ta pierwsza zabiera życiu cały jego koloryt, naznacza je bezsenssem, a osobę chorą poczuciem bezwartościowości i bezsilności, to mania, przeciwnie, sprawia, że wszystko jest pełne barw (bardziej jaskrawych niż pastelowych), sens przenika wszystkie tkanki, wiara w siebie przekracza granice, a człowiek mierzy siły ponad zamiary. W ciężkiej depresji nie sposób wstać z łóżka, w manii zaś wychodzi się z niego nazbyt szybko (po 1–4 godzinach snu), co wiąże się z jednym z mechanizmów patogennych ChAD, jakim jest zaburzenie rytmu okołodobowego. Specyfika choroby sprowadza się więc do nieustannego oscylowania pomiędzy dnem a szczytem, przy czym porównanie takie nie powinno sugerować, że mania jest czymś „lepszym” od depresji. Owszem, osoba w stanie maniakalnym czuje się doskonale, widzi swoją przyszłość w różowych barwach, jest nad wyraz ekspansywna, aktywna i kreatywna, ten niesamowity potencjał prędzej czy później przeradza się jednak w chaos, zgubne inicjatywy, nieuzasadnioną drażliwość, nieadekwatne i niebezpieczne zachowania. Ogniwem pośrednim jest hipomania. Chorzy w tym stanie są zadowoleni z siebie, funkcjonują lepiej niż zwykle, mają multum energii i idei (niekoniecznie posłanniczych, co pod postacią urojeń zdarza się wszak w manii psychiatrycznej), które najczęściej są w stanie realizować – do czasu, aż ze stanu hipomanii zniknie człon „hipo”. Mimo że najczęściej przebiega to właśnie w ten sposób, to nie musi tak być zawsze, co zauważono i odzwierciedlono, dzieląc (od IV edycji podręcznika DSM) ChAD na typ pierwszy, w którym pełnoobjawowej depresji towarzyszy pełnoobjawowa mania, i drugi, w którym miejsce manii zajmuje właśnie mniej upośledzająca i destruktywna hipomania⁶.

Jak zaznaczono wyżej, istotą ChAD jest cykliczność. Po depresji zawsze, prędzej czy później, pojawia się (hipo)mania; obie te fazy oddziela z reguły stan remisji (eutymii), przy czym czas jego trwania skraca się sukcesywnie wraz ze wzrostem liczby przeżytych epizodów. Zarówno depresja, jak i mania (nieleczona lub leczona nieskutecznie) trwają zazwyczaj po kilka miesięcy, choć i od tej reguły istnieje wyjątek: przebieg z szybką zmianą faz (*rapid cycling*), prawie nieodróżnialny od dramatycznego agregatu w postaci stanu mieszanego.

W ostatnich latach zyskuje na popularności pojęcie spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, które rozumie się zasadniczo na dwa sposoby. Oznacza ono albo kontinuum między chorobą jedno- i dwubiegunową, albo,

⁶ Nie tylko stopień nasilenia manii jest różnicujący. Typ I pociąga za sobą dłuższe przerwy pomiędzy epizodami, większe pobudzenie i irytację, częstsze występowanie cech psychiatrycznych, dłuższy czas trwania epizodu depresyjnego i cięższy jego przebieg oraz stany mieszane. W typie II występuje więcej epizodów, samobójstw, bardziej wzmożony lęk, częstsze nadużywanie alkoholu oraz *rapid cycling* (co najmniej cztery epizody w ciągu roku).

część, całokształt zaburzeń o cechach dwubiegunowości, od łagodnych stanów lub charakterystyk składających się na temperament do w pełni rozwiniętej choroby afektywnej⁷.

Pojęcie spektrum przywołuje się w tym miejscu nie bez powodu. Jakkolwiek szczegółowe podziały zaburzenia mogą brzmieć sztucznie, nazbyt abstrakcyjnie i matematycznie, tak naprawdę pełnią one nieocenioną funkcję w kierowaniu uwagi klinicystów na wielość konkretyzacji pozornie jednorodnego zaburzenia⁸.

Także badacz winien mieć na względzie to, jakie postaci przyjmuje i jak bardzo nasilona jest choroba u jednostki będącej obiektem badania. Jako że o metodach zgłębiania ChAD pisze się tutaj w kontekście tożsamości, wypada jeszcze wspomnieć o specyfice psychologicznego badania tejże.

3. Badanie tożsamości. Pytania: „W jakim celu badać?” (możliwe konsekwencje aktu badania) i „Jak badać?”

Usprawiedliwieniem i usankcjonowaniem badania może być samo poznanie, ale też uzyskane poznanie może stanowić pierwszy krok w celu opracowania

⁷ Kryteria spektrum obejmują w tym ujęciu: przynajmniej jeden epizod ciężkiej depresji w przeszłości, brak samorzutnych napadów (hipo)manii, występowanie zaburzenia dwubiegunowego u krewnych pierwszego stopnia i/lub (hipo)manię wyzwoloną lekami antydepresyjnymi. Można tutaj wyróżnić: osobowość hipertymiczną (stanowiącą bardziej stabilną formę hipomanii), krótkie (do trzech miesięcy) epizody ciężkiej depresji, atypowe cechy depresyjne (np. większy apetyt, dłuższy czas snu), depresję psychotyczną i poporodową; biorąc zaś pod uwagę nasilenie objawów lub cech związanych z podwyższonym nastrojem: depresję występującą u osób z temperamentem cyklotymicznym, nawracające epizody depresji i hipomanii wywołane antydepresantami, nawracające epizody hipomanii związane z nadużywaniem alkoholu i innych środków oraz depresję występującą u osób z temperamentem hipertymicznym (Rybakowski, 2008).

⁸ Można mieć obawy, czy takie rozciągnięcie granic choroby nie powoduje przejścia z niedoszacowania do przeszacowania częstości jej występowania. Rozpowszechnienie ChAD (obydwu typów) pochodzące z DSM-V wynosi łącznie 1,8%. Jednocześnie to samo źródło ocenia rozpowszechnienie depresji jednobiegunowej na około 10 razy większe. Takie dane nie współbrzmiały z obserwacjami klinicystów, a nie należy też zapominać, że znaczna część chorych w stanie manii nie zgłasza się do szpitala. Jest to jedną z przyczyn błędów diagnostycznych. Aż u dwóch piątych chorych, u których rozpoznano epizod depresyjny, może występować ChAD II typu (Rybakowski, 2002). Jak wynika z 20 lat badań epidemiologicznych (Rybakowski, 2008), przy zastosowaniu szerszych kryteriów do identyfikacji stanów wzmoczonego nastroju ryzyko wystąpienia w ciągu życia zaburzenia o cechach dwubiegunowości zawiera się w granicach 3–6%. Jeśli wziąć pod uwagę omawiane już spektrum ChAD, szacunki owe jeszcze wzrastają; austriackie badanie (20 lat obserwacji i czterokrotne poddanie szczegółowej ocenie diagnostycznej niespełna 600 osób) wykazało, że rozpowszechnienie zaburzeń o cechach dwubiegunowości może nawet przekraczać 10% (*sic!*).

interwencji terapeutycznej. Nie da się przewidzieć tego, co może zachodzić w osobie badanej w trakcie badania oraz po nim. Daje się za to wyobrazić, że sam proces badania może się wiązać z jatrogennym wpływem na badanego, na przykład wtedy, gdy a) ten ostatni nie jest w stanie odpowiedzieć na co bardziej wnikliwe lub niejasne pytania badacza (co może spowodować wewnętrzny zamęt i frustrację); b) odpowiedzi, jakie pojawiają się w sytuacji badania, mogą zaszokować sam podmiot generujący je (o ile przy konstruowaniu odpowiedzi na wcześniej niezadawane sobie pytania dochodzi on do nieuświadamianych dotychczas konkluzji o negatywnym dlań wydźwięku, do wiedzy nieradosnej i trudnej); c) nadmiernie docieklive pytania wywołują w badanym swego rodzaju *horror vacui*, w sytuacji odczuwanego lub właśnie odkrywanego braku wewnętrznej treści. Paradoksalnie więc pytania o tożsamość mogą zachwiać, naruszyć lub nawet rozkruszyć tę tożsamość.

Podobne obawy stanowią być może wyraz nadmiernej i nieuzasadnionej ostrożności. A z drugiej strony – dlaczego tożsamość warto badać? Poza celami *stricte* poznawczymi, zaspokojeniem ciekawości prywatnej i naukowej badanie tożsamości może się przyczynić do poszerzenia wiedzy na temat życia psychicznego jednostek borykających się z różnego rodzaju problemami, wynikłymi bądź nie z choroby lub kryzysu. Bardziej odległym celem byłoby zwrócenie uwagi środowiska klinicznego na problemy przeżywane w tej sferze, a także próba sformułowania wskazówek terapeutycznych na podstawie samego faktu występowania tych problemów oraz ich rodzaju. Już sytuacja badania może być korzystna dla badanego dzięki wytworzeniu okazji do konsolidacji treści jego tożsamości tudzież narracji (re)konstruującej unikalną historię życia (por. McAdams, Josselson, Lieblich, 2006). Jedno i drugie może służyć między innymi uspołnieniu obrazu siebie oraz identyfikacji najważniejszych fragmentów tego obrazu. Niewykluczone, że dzięki temu jednostka będzie w stanie odpowiednio kierować wewnętrznymi zasobami, co przyczyni się do lepszego radzenia sobie i lepszego funkcjonowania w codziennym życiu (Berzonsky, 2004).

Brak zgody co do jednej, ogólnie akceptowalnej definicji⁹ tożsamości przekłada się na brak możliwości integracji wyników badań, w których wykorzystuje się narzędzia skonstruowane na podstawie przyjęcia takiej a nie innej teorii. Są to przede wszystkim kwestionariusze oraz mniej lub bardziej ustrukturyzowane i wystandaryzowane wywiady, z których niemal każdy ma na celu pomiar innego wymiaru rozmaicie operacjonalizowanej tożsamo-

⁹ Nie ma tutaj miejsca na przywołanie choćby najbardziej wpływowych sposobów rozumienia tożsamości. Być może uczciwą postawę reprezentuje poniższa odpowiedź Harry'ego Wottona na pytanie księżnej Gladys Monmouth o... tożsamość: „Więc czymże jesteś?” – „Określać znaczy ograniczać” (w oryginale: „what are you?” – „to define is to limit” (O. Wilde, *The Picture of Dorian Gray*, rozdz. 17).

ści¹⁰. Metody zwane zwykle ilościowymi, tj. rozliczne kwestionariusze, pozwalają przede wszystkim na prowadzenie porównań międzygrupowych lub służą poznaniu tego, jak osoba badana wypada na tle innych, a jednocześnie: formułowaniu wniosków o powszechnym zasięgu (podejście nomotetyczne). Pomimo to, ale także i dlatego, mogą być one cennym źródłem wiedzy o konkretnej jednostce. Umożliwiają bowiem pewien wgląd w jej podstawowe ustosunkowania, motywy i wartościowania, są w stanie pokazać, na jakim etapie rozwoju tożsamości dana jednostka obecnie się znajduje etc. Można je również z powodzeniem stosować do porównań wewnątrzsobniczych. Co więcej, odpowiednio zastosowane dostarczają hipotez i wskazówek diagnostycznych oraz wspomagają proces generowania coraz bardziej szczegółowych i pogłębionych pytań. Dzięki temu mogą stanowić zarówno punkt wyjścia wywiadu, jak i – zgodnie z zasadą triangulacji – dodatkowe źródło danych, co oznacza, że inkorporowane do badań idiograficznych nie musiałyby podważać tożsamości (*sic!*) tych ostatnich.

To wywiad jednak wydaje się metodą podstawową i najbardziej adekwatną do badania (ale przecież nie pomiaru) tożsamości. Im mniej ustrukturyzowany, a nawet im mniej standaryzowany wywiad, a jednocześnie im bardziej kompetentny, uważny i wrażliwy diagnosta lub badacz, tym więcej jest w stanie odsłonić rozmowa i tym głębszy umożliwia wgląd w heterogeniczną sferę tożsamości osoby badanej. Nie sposób na tej podstawie dokonywać uogólnień na całe populacje, ani nawet na samą osobę badaną, można za to zbliżyć się do możliwie najbardziej pełnego rozumienia jednostki doświadczającej swojej tożsamości tu-i-teraz i wobec Innego (tu: badacza), tak a nie inaczej werbalizującej swoje rozumienie siebie dzisiejszego, wczorajszego i jutrzejszego. Dobrze jest przy tym poddać refleksji, czy osoba badana potrafi w pełni uchwycić poznawczo własne doświadczenie (na czele z „poczuciami”), a następnie przełożyć je na mowę; czy mówi wszystko, o czym pomyślała, a przede wszystkim: co na podstawie jej wypowiedzi i własnego jej zrozumienia może i potrafi wywnioskować badacz. Czy najważniejsze ocaleje w tłumaczeniu, a badający będzie w stanie je wtórnie przetłumaczyć i w ja-

¹⁰ Spośród takich narzędzi można wymienić wywiad skonstruowany przez Marcię (Identity Status Interview, 1966), mający na celu przyporządkowanie badanej jednostki do jednego z wyróżnionych przezeń statusów tożsamości (na podstawie pytań dotyczących jej wyborów, aktywności i światopoglądu) oraz kwestionariusze powstałe z zamiarem ulepszenia tej metody (np. Objective Measure of Ego Identity Status; Adams, 1998). Ponadto m.in. Functions of Identity Scale (Serafini, Adams, 2002), Aspects of Identity Questionnaire (Cheek, Briggs, 1982), Social and Personal Identities Scale (Nario-Redmond et al., 2004) czy Identity Style Inventory (Berzonsky, 1992), który doczekał się nawet polskiej, kontrowersyjnej zresztą jeśli chodzi o formę językową, adaptacji, a także powstały niedawno na gruncie polskim Wielowymiarowy Kwestionariusz Tożsamości (Pilarska, 2012). Próba dokonania ewaluacji i porównania wyżej wymienionych metod przekracza ambicje tego tekstu.

kim stopniu wierny może to być przekład? Powyższe wątpliwości dotyczą także wywiadu „pisanego”, choć niewątpliwie ma on swoją specyfikę. Przy niezaisnieniu *sensu stricto* sytuacji wywiadu nie jest możliwe podążanie za osobą badaną i układanie pytań *ad hoc*. Można za to przypuszczać, że taka forma sprzyja introspekcji oraz werbalizacji. Jednemu i drugiemu dopomaga zapewne większa ilość czasu na zastanowienie, sformułowanie myśli i ich wyrażenie, a ponadto swoboda związana z brakiem ewentualnego dyskomfortu powodowanego świadomością, że jest się obiektem ciągłej obserwacji, a nawet oceny.

Wszystkie rodzaje wywiadów nie są wolne od wad, z których być może największą jest pewna doza zawartych w pytaniach sugestii, najczęściej zresztą niemożliwych do uniknięcia. Tych akurat słabości pozbawiona jest analiza treści danych zastanych. Przykład takiej metody będzie stanowić omówione pod koniec następnego podrozdziału „internetowe” badanie autora.

4. Tożsamość osób z diagnozą ChAD – stan badań i rezultaty własnych prób

Na podstawie opisów choroby afektywnej dwubiegunowej (zarówno z literatury fachowej, jak i z upublicznionych pamiętników) oraz obserwacji pacjentów – tych, którzy trafiają do szpitala zarówno w manii, jak i w depresji (to ostatnie znacznie rzadziej) – można postawić hipotezy, o których wolno opowiedzieć co następuje. ChAD, wprowadzając w tożsamość element chaosu, nadwyręza ją i podaje w wątpliwość jej kształt¹¹. W różnych swoich postaciach upośledza poczucia odrębności, ciągłości, spójności i wewnętrznej treści. Bardziej niż jakakolwiek inna choroba niejako przypiera tożsamość człowieka do muru i domaga się jasnego samookreślenia, co rodzi swego rodzaju konflikt tragiczny. Kim bowiem jestem¹², jeśli różnię się od siebie dia-

¹¹ Skądinąd uważa się, że to właśnie różnego rodzaju zagrożenia tożsamości wynoszą ją na światło dzienne, prowokują pytania o jej formę, treść i właściwości. Tożsamość, występująca zazwyczaj w stanie latentnym, nieczęsto domaga się głosu, szczególnie niepytana. By istnieć, nie musi być nazywana po imieniu. Dlatego słusznie zauważa Łukaszewski (2012), że nie jest ona stale obecna w funkcjonowaniu poznawczym człowieka – jest ukrytym potencjałem.

¹² Pytanie o tożsamość: „kim jestem” nie jest tożsame z pytaniem „jaki jestem”, odnoszącym się do osobowości. Wiesław Łukaszewski (Łukaszewski et al., 2012, s. 64) wyraża zdanie, że znacznie łatwiej jest odpowiedzieć na to drugie: „To, jaki jestem, często bywa ratunkiem w sytuacji, kiedy doznaję zamieszania w swojej tożsamości. Wtedy mogę się odwołać do swoich cech, umiejętności”. Być może tylko w przebiegu ChAD nie można w sytuacji niepewności co do tego, kim się jest, uciec do bezpiecznej, stabilnej przystani własnej osobowości, ponieważ ta zmienia się drastycznie w zależności od aktualnie dominującego nastroju (por. Goodwin,

metralnie, w zależności od tego, jaka akurat faza choroby mną owłada, a co gorsza – nie mam na to żadnego wpływu?

W rozdziale tym przywołane zostaną dwa badania poświęcone tożsamości osób z ChAD, a następnie zaprezentowane będą badania własne. Szczególny nacisk zostanie położony na zależność wyników badania od zastosowanej metody.

4.1. Dotychczasowe badania

Punkt wyjścia bezprecedensowej dysertacji Jennifer Ruth Chapman (2002) stanowiła chęć scharakteryzowania najważniejszych procesów, przez które przechodzą osoby mierzące się z ChAD, czynników wpływających na ich reakcje oraz znaczenia, jakie przypisują one swoim doświadczeniom. Głównym zamierzeniem było zaś utworzenie modelu teoretycznego reprezentującego centralne aspekty tych doświadczeń, a przy tym zakorzenionego w perspektywie osób je przechodzących. W tym celu autorka przeprowadziła kilkanaście otwartych, częściowo ustrukturyzowanych wywiadów z chorymi w stanie remisji („zrównoważonymi” lekami), skierowanymi do niej przez swoich terapeutów, psychiatrów lub znajomych. Do analizy transkrypcji zebranych wypowiedzi badaczka wybrała teorię ugruntowaną. W celu walidacji powstałego w ten sposób modelu wykorzystała następnie dostępne w literaturze autobiograficznej oraz w internecie relacje osób z diagnozą ChAD.

Sam wywiad rozpoczynał się za każdym razem pytaniem o to, kiedy badany po raz pierwszy uznał, że może być chory, oraz prośbą o przytoczenie historii życia z chorobą. Następnie badaczka pozwalała pacjentom opowiadać swoją historię w dowolny sposób i w dowolnym porządku. Jak przyznaje w rozprawie, pełna realizacja ideału niedyrektywności wiązałaby się z brakiem odniesienia do przygotowanych wcześniej tematów¹³, zaświadcza jednak, że spora część indagowanych samoczynnie dotknęła większości przygotowanych uprzednio zagadnień. Gdy tak się nie działo, Chapman dawała im subtelne wskazówki bądź bezpośrednio pytała o pominięte obszary w dalszej części wywiadu. O ile więc czasami nie dało się uniknąć narzucania tematu, o tyle autorka nie przerywała wypowiedzi „nie na temat” (tych nieoczekiwa-

Jamison, 2007, rozdz. 10). Wyjątek stanowiłyby może te cechy, które dla tożsamości są szczególnie ważne (posiadają największą moc autoidentyfikacyjną), o ile oczywiście także one nie uległyby międzyinastrojowej zmienności: cechy schematowe (Marcus, 1977), specyficzne (Jarmowicz, 1988), relewantne (Bikont, 1988).

¹³ Chapman nie miała gotowych pytań, lecz posiłkowała się „mapą”, na której najważniejsze punkty stanowiły następujące obszary problemowe: sposób widzenia choroby, sposób widzenia siebie (pytania pomocnicze: Czy się zmieniał? W jaki sposób? Kiedy i jak często?), stosunek innych do pacjenta, straty i osiągnięcia, stosunek choroby do Ja (być czy mieć ChaD).

nych), które mogły wzbogacić, rozszerzyć, a nawet zmienić kształt tworzonego dopiero modelu. Rozmowę kończyło zawsze pytanie o to, jak badany czuł się, opowiadając o swoich doświadczeniach.

Na podstawie (analizy) zebranego materiału Chapman doszła do wniosku, że doświadczenie kwestionowania własnej tożsamości obejmuje bardzo szeroki zakres sytuacji i występuje tak często i z taką intensywnością, iż należy je uznać za centralny aspekt doświadczenia ChAD. Wśród źródeł informacji stanowiących wyzwanie dla tożsamości badaczka wyodrębniła a) symptomy¹⁴: szeroki zakres i dużą intensywność doświadczenia emocjonalnego, brak kontroli, zachowania nietypowe oraz niezdolność do aktywności wcześniej podejmowanych; b) diagnozę: jej wpływ na obraz siebie, (auto)stygmatyzację, postrzeganie własnej przeszłości i przewidywanie przyszłości; c) farmaceutyki: przymus ich zażywania oraz wpływ na osobowość – jej „zmienianie”, „zabieranie”, ale i „przywracanie”; d) psychoterapię, której efektywność wiązała się z przyjęciem nowej wizji siebie. Informacje te mogły mieć charakter intrapersonalny i wynikać z obserwacji własnych uczuć i czynów, jak również interpersonalny, biorący się ze spostrzeżeń i reakcji innych osób na zachowania chorego.

Jak wynika z badań Chapman, istnieją dwa podstawowe sposoby reagowania na informacje sprzeczne z dotychczasowym postrzeganiem Ja. Pierwszy z nich stanowi ignorowanie, spychanie poza obręb świadomości wszelkich danych sprzecznych z wypracowaną wcześniej tożsamością, co miałoby służyć jej ochronie. W takiej sytuacji informacje zwrotne mogące nią zachwiać nie powodują żadnych zmian. Jednocześnie jednostka posługująca się taką strategią będzie musiała mierzyć się nieustannie z tymi samymi źródłami niepokojącej wiedzy, wciąż ponawiając wysiłki ich odpierania. Drugim sposobem jest przyzwolenie, by informacje te weszły w obręb Ja i dokonały w nim zmiany. Wiąże się to z restrukturyzacją tożsamości. Jako że ciągła walka z zagrażającymi informacjami zabiera energię potrzebną do radzenia sobie z życiem, a także kreuje fałszywy, bo niejako przedawniony obraz Ja, z biegiem czasu coraz częściej dochodzi do głosu druga strategia. Ważną w niej rolę odgrywają między innymi: poznanie swojego „wypośrodkowanego” Ja (związane z nierzadko bezprecedensowym znalezieniem się poza skrajnościami manii i depresji), uporanie się z konsekwencjami zaburzenia (utruty, szkody wyrządzone innym), znalezienie odpowiedzi na pytanie, kiedy jest się sobą, a kiedy nie, oraz odkrycie, co można kontrolować, a czego nie sposób. Udany proces restrukturyzacji umożliwia pogodzenie się ze swoim życiem.

¹⁴ Rozumiane fenomenologicznie, w odróżnieniu od uświęconych tradycją symptomów pochodzących z klasyfikacji psychiatrycznych.

Celem innego badania (Inder et al., 2008) było oszacowanie wpływu ChAD na rozwój psychospołeczny, a szczególnie rozwój poczucia Ja i tożsamości. Ta ostatnia została zdefiniowana jako rodzaj autoportretu określającego Ja, a zarazem struktura umożliwiająca interakcje ze światem, dająca poczucie ciągłości i sprawstwa ze zdolnością do pełnienia określonych funkcji. Autorzy zauważają, że początek choroby bardzo często następuje w okresie późnej adolescencji, kiedy to – zgodnie z klasycznym poglądem Eriksona – podstawowym zadaniem rozwojowym staje się wytworzenie odpornego na czynniki zewnętrzne poczucia własnej tożsamości.

W badaniu wzięli udział pacjenci z diagnozą ChAD pomiędzy 15. a 35. rokiem życia, zakwalifikowani uprzednio do programu badającego możliwości, jakie daje psychoterapia w przebiegu tej choroby. Terapeuci poszukiwali informacji na temat konsekwencji ChAD, zadając serie pytań dotyczących poczucia Ja, obrazu ChAD, doświadczeń z ChAD oraz wpływu ChAD na rozwój poczucia Ja. Na końcu każdej sesji uzupełniali odpowiednie arkusze, odnotowując kwestie związane z Ja i tożsamością. Badacze zaś wybrali kilkunastu pacjentów, których sesje obfitowały w wypowiedzi dotyczące wyżej wymienionych tematów. Z transkrypcji około 50 takich sesji, przy użyciu metody analizy tematycznej, wyodrębnili cztery wiązki tematyczne: wpływ choroby na związki interpersonalne, sądy innych ludzi, zakłócenia (jakie choroba wywołuje w życiu pacjentów) oraz przeszkody w rozwoju poczucia Ja. Na tę ostatnią składają się podtematy ilustrujące podstawowe problemy z tożsamością: a) dezorientacja związana z trudnościami w rozróżnianiu między sobą „normalnym” a tym „w górze” lub „w dołku” oraz z określeniem roli choroby w obrazie Ja; b) postrzeganie wewnętrznej sprzeczności, będącej rezultatem kłopotów z „wybraniem” tej najbardziej prawdziwej z trzech wersji siebie; c) wynikające z braku stabilnego Ja zwątpienie w siebie, przejawiające się w poczuciu braku substancjalności, trudnościach w odróżnieniu Ja od innych („zlewanie się” ze środowiskiem), niewiedzy dotyczącej tego, kim się chce być, a nawet nienawiści do siebie; d) uzyskiwana w czasie dłuższych okresów stabilnego nastroju akceptacja siebie w chorobie, integracja różnych aspektów doświadczenia oraz różnych części siebie (skonsolidowane poczucie Ja).

Wnioski z badania zgadzają się z przewidywaniami. ChAD wpływa na konstruowanie poczucia Ja i tożsamości na szereg sposobów. Wielu badanych nie potrafiło zidentyfikować swojego „prawdziwego Ja” ani zintegrować różnych aspektów siebie, a w konsekwencji ich poczucie Ja było słabo rozwinięte. Opisywali ponadto brak kontroli i autonomii oraz uczucie wstydu. To wszystko, zdaniem autorów, składa się na Eriksonowskie rozproszenie tożsamości.

Kilka słów komentarza do obydwu badań. Zarówno cel badań, jak i zastosowane w nich metody miały służyć znalezieniu wyjaśnień o raczej no-

motetycznym charakterze. Nowozelandzcy badacze już na wstępie wydawali się pewni tego, jakie rezultaty uzyskają – wynikało to bowiem z prostego zestawienia implikacji przyjętej przez nich teorii Eriksona z symptomami choroby i czasem ich wystąpienia. Inaczej w badaniu Chapman; choć teoria ugruntowana teoretycznie jest wolna od umocowanej w tradycyjnych teoriach preconceptualizacji, w praktyce jest od nich wolna tylko częściowo. Sam już wybór takiej a nie innej metody musiał być wyrazem przekonania autorki, że doświadczenia badanych będą się powtarzać, a wyniki będą na tyle spójne, by na ich podstawie utworzyć teorię wyjaśniającą całość funkcjonowania wewnętrznego osób z diagnozą ChAD. Z pewną podejrzliwością można podejść do samego wyboru takich a nie innych obszarów problemowych, na których podstawie konstruowane były później pytania. Przygotowana bowiem przez Chapman „mapa” zawierała punkty w większym bądź mniejszym stopniu związane z tożsamością szeroko pojętą w psychologii. Pośrednim dowodem na istnienie szczątkowej preconceptualizacji jest tu nacisk na poruszanie takich a nie innych tematów, który, choć w minimalnym stopniu, naruszał swobodę ekspresji badanych. Bardziej skomplikowana sytuacja zaistniała w drugim badaniu. To nie „trzecioosobowi”, względnie neutralni badacze, lecz praktycy pozostający z badanymi w relacji terapeutycznej zadawali pytania, które z kolei odnosiły się do wyodrębnionych przez tych pierwszych i mających związek z tożsamością obszarów problemowych. To wszystko w połączeniu z „obróbką” danych (w toku analizy tematycznej można zagubić zarówno niuanse, jak i indywiduum) przez autorów badania mogło prowadzić do powstania artefaktów. Wątpliwości budzi dobór badanych nie tylko w tym badaniu (patrz wyżej), lecz także – choć w mniejszym stopniu – w badaniu Chapman. W publikacji tej ostatniej nie znalazło się niestety miejsce na uszczegółowienie procesu „kierowania” badanych do autorki, można mieć jednak wątpliwości, czy przychodzili oni do niej z własnej woli, czy może zostało im to zasugerowane przez posiadające władzę autorytety w postaci terapeutów lub lekarzy.

Wszystkie te zastrzeżenia nie mają na celu podważenia wagi rezultatów tych cennych i jedynych w swoim rodzaju badań, a tylko zwrócenie uwagi na zależność wyników od metod oraz na rolę, jaką odgrywa w badaniu wszechobecny wybór (liczby i rodzaju badanych, sposobu ich rekrutacji, wykorzystywanych narzędzi, materiału [selekcja], nazewnictwa, sposobu analizy danych etc.).

4.2. Badania własne

Próby badawcze autora¹⁵ miały na celu: 1) weryfikację ustaleń poczynionych przez poprzedników poprzez a) dotarcie do niewymuszonych, spontanicznie wyrażanych rozterek, wątpliwości i problemów, b) przeprowadzenie pogłębianego wywiadu, do którego pytania powstawały na podstawie znajomości różnych teorii tożsamości oraz obrazu ChAD; 2) zaprezentowanie wyników, do jakich można dotrzeć, przyjmując idiograficzne podejście do badania.

4.2.1. ChAD-owa tożsamość w sieci

Szukając stron zawierających wypowiedzi na temat tożsamości w ChAD¹⁶, można natrafić na witryny poświęcone tej chorobie, blogi osób nią dotkniętych, różnego rodzaju fora i miejsca pełniące funkcje wirtualnych grup wsparcia. Dochodzi tam do dyskusji na interesujący dla tej pracy temat, indywidualnych ekspresji z nim związanych, publicznych rozważań oraz świadectw przeżywanych trudności i zmagania. Idąc po tak zostawionych w sieci śladach, podjęto próbę dotarcia do specyfiki (i rodzajów) problemów z tożsamością w ChAD. Tym samym opierając się na krótkich i fragmentarycznych często wypowiedziach, nie tylko wyodrębniono najczęściej pojawiające się wiązki tematyczne, ale także odniesiono się do co bardziej bogatych w treść i poruszających świadectw. To właśnie próba zrozumienia jednostkowych, pojedynczych, swobodnych i integralnych głosów, których podmiot nie mówi mniej ani więcej ponad to, co potrzebuje, chce i jest w stanie wyrazić, oddaje chyba najlepiej specyfikę podejścia idiograficznego w psychologii.

W polskiej sieci odnaleziono dwa miejsca, w których o tożsamości w kontekście ChAD mówi się *explicite*: jeden wątek na forum i jeden blog, a wśród stron anglojęzycznych liczne fora i strony zrzeszające „chadowców” oraz trzy ważne i poruszające artykuły. Kolejno zostaną teraz omówione materiały znalezione na polskim forum, najczęściej pojawiające się wątki ze stron anglojęzycznych, stosowne wypowiedzi z polskiego bloga oraz trzy anglojęzyczne artykuły.

¹⁵ Przytoczone poniżej rezultaty tych prób oparto na nieopublikowanej pracy magisterskiej pt. *Doświadczenie własnej tożsamości w chorobie afektywnej dwubiegunowej*, napisanej pod kierunkiem dr hab. M. Opoczyńskiej-Morasiewicz.

¹⁶ Zastosowano w tym celu prostą metodę opierającą się na słowach kluczowych. W wyszukiwarce Google wpisywano hasła: „choroba afektywna dwubiegunowa”, „tożsamość” i „kim jestem” (tj. różne kombinacje tych haseł) w wypadku stron polskich oraz odpowiednio: *bipolar disorder*, *identity* i *who I am* dla stron anglojęzycznych. W ten sposób uzyskane wyniki sprawdzano pod kątem ich adekwatności, starając się nie pominąć żadnego istotnego wyniku, najczęściej jednak kończąc poszukiwania po przejrzaniu około setki stron.

4.2.1.1. *Fora*

Na istniejącym na portalu Gazeta.pl forum poświęconym ChAD widnieje wątek o tytule „Choroba a tożsamość”¹⁷. Jego autorka otwarcie wyraża swoje wątpliwości:

Zastanawiam się, na ile choroba definiuje naszą tożsamość? Czy myśląc o swoim „ja”, myślimy przede wszystkim: mam ChAD; czy też może jest to sprawa marginalna, jedna z wielu? Przecież osoby chore na choroby somatyczne nie myślą o sobie przede wszystkim: mam nadciśnienie, mam cukrzycę. Myślę, że dużo zależy od tego, jak często pojawiają się fazy i na ile ChAD pozwala o sobie zapomnieć. Czy można, spotykając się ze zdrowymi, nie myśleć ciągle: jestem inny, bo mam ChAD? (...) Mam nadzieję, że ChAD nie wpływa za mocno na moje ja i nie zafunduję swoim dzieciom rodziny dysfunkcyjnej... Nie! Tak nie może być! Zawsze wolę myśleć, że ja i choroba to dwie różne rzeczywistości. Duszę ją i dławię, żeby łba nie podniosła, choć warczy teraz groźnie. Niech nie wraca.

Odpowiedź na pierwsze pytanie zawiera się już w wyrażonych przez pytającą wątpliwościach. Autorka próbuje zrównać rzeczywistości chorób ciała i umysłu w odniesieniu do poczucia Ja, po czym zwraca uwagę na uzależnienie rodzaju odpowiedzi od intensywności i częstotliwości występowania objawów (nie ulega wątpliwości, że ChAD typu I czy przebieg z szybką zmianą faz mają większe szanse dokonać spustoszenia zarówno w życiu pacjenta, jak i w jego tożsamości). Zdawanie sobie sprawy z bycia chorą sprawia, że czuje się inna (w domyśle: gorsza) od zdrowych znajomych i zastanawia się, czy tej świadomości może zabraknąć w sytuacjach społecznych. Niewykluczone, że jest to nie tyle pytanie, ile zapis myślenia życzeniowego, domagającego się potwierdzenia ze strony innych „chadowców”.

Nie ma tutaj niestety miejsca na przytoczenie wszystkich wypowiedzi i odniesienie się do nich, dlatego dokonam tylko arbitralnego wydzielenia najważniejszych, jak się wydaje, wątków, dłuższe cytowanie i komentarz rezerwując tylko dla pierwszej odpowiedzi:

nie wiem... czy moja „tożsamość” to ta depresyjna, wrzeszcząca – bez leków, czy ta cieplejsza, wesoła – z lekami. (...) ChAD to jednak silny wyznacznik mojego życia. Czy byłabym równie wielomówna jako osoba zdrowa? Równie ciekawie widziałabym kolory? (...) Co pozostanie po zdjęciu wszystkich etykietek? Choroba to też jakaś etykieta. Zostanie jakiś „rdzeń”. Na pewno zdrowy.

Bezsilnej niepewności towarzyszy tu dramatyczny namysł nad waloryzacją i stopniem egosyntoniczności różnych odśłon siebie (co ciekawe, pominięta została mania). Namysłowi temu, a może właściwiej – zwербalizowanym (po raz pierwszy?) wątpliwościom, bolącym nierozpoznaniami towarzyszy

¹⁷ Zob. http://forum.gazeta.pl/forum/w,15184,71327769,,Choroba_a_tozsamosc.html?v=2.

waleczna, dobitna, jedynie możliwa konstatacja dotycząca przedmiotu tak nieokreślonego, jak to tylko możliwe. Postulowany „rdzeń”¹⁸ zakłada część siebie, która nie ulega zmianie pod wpływem nastroju. Jest on swoistą kotwicą tożsamości, najbardziej fundamentalnym elementem osoby, gwarantem odrębności i ciągłości, fragmentem Ja, do którego jednostka jest najbardziej przywiązana. To być może jedyna nienaruszona przez chorobę, stabilna składowa osobowości, która pozwala na poczucie ciągłości w zmienności (najbardziej rudymenatarny wyznacznik tożsamości). W omawianej wypowiedzi dochodzi też do głosu pozytywny aspekt choroby, wartość, która pod pewnymi względami poprawia funkcjonowanie i udoskonala percepcję (zob. Jamison, 1996).

W kolejnych odpowiedziach przewijają się następujące wątki: niemożność odgraniczenia choroby od siebie („Myślę, że choroba to jest coś na zawsze przyczepionego do nas. Taka łątka. (...) Choroby nie da się oddzielić od osoby – niestety. (...) Choroba to część nas”), czy wręcz traktowanie jej jako podstawowego wyznacznika tożsamości („nie znam siebie bez choroby, nie wiem, czy istnieje zdrowa ja, ja to pacjent z ChAD od zawsze, a ChAD jest częścią integralną mnie...”), bolesne doświadczenie niemożności poznania i utworzenia spójnego obrazu siebie (ta sama osoba: „Tylko to typowo ludzkie pragnienie poznania samego siebie plus autoanaliza poszły się bujać...”), podawanie w wątpliwość uprzednio wyrażonej zgody na siebie (jw.: „Przybieramy różne maski na co dzień, ale na zewnątrz. W środku pozostajemy sobą. Choć czy do końca? Czy ja jestem do końca sobą? Muszę grać, udawać, że jest wszystko w porządku, a tak nie jest. Choroba to część nas”), świadomość własnej wyjątkowości, ale i zmiennej osobowości („Zawsze czułam się inna... Bardziej wrażliwa, wnikliwa, pamiętająca... Ale też niekiedy szalona, nieodpowiedzialna, niemoralna... Teraz wiem, że przede wszystkim [jestem] chora na ChAD i stąd ta moja dwuosobowość¹⁹... Jaka jestem naprawdę? Myślę, że [jestem] całkiem dobrą osobą, bardzo zagubioną i potrzebującą dużo ciepła i cierpliwości... Potrafię też dużo dać...”), a także retoryczne pytania o dalszy przebieg choroby, jej przyczyny i umiejscowienie kontroli połączone ze zniechęceniem, a nawet rozgoryczeniem („Czy już zawsze tak będzie? 2 tygodnie dobrze, 4 źle? Czy to ja się nakręcam, czy to moja wina, czy choroby?... Blee”).

¹⁸ Por. wypowiedź Łukaszewskiego dotyczącą „zdrowej” tożsamości: „detale są drugorzędne. Ważne jest to, co się osadzi. Albo to, co jest częścią osiową, istotną. Musi to oznaczać, że mamy coś, co jest jądrem, istotą, trzonem tożsamości i mnóstwo dekoracyjnych elementów, które łatwo się zmieniają i łatwo wymieniają” (Łukaszewski et al., 2012, s. 83).

¹⁹ Jak widać, diagnoza okazuje się w tym wypadku prostą odpowiedzią na wynikający ze zmienności i skrajnych postaw chaos. Nie rozwiązuje problemu (tożsamości), ale oswaja go poprzez akt nadania nazwy.

Na anglojęzycznych forach internetowych poświęconych zdrowiu, chorobom psychicznym i konkretnie ChAD niejednokrotnie można natknąć się na tematy dotyczące doświadczania tożsamości w przebiegu tej choroby²⁰. Ograniczona objętość niniejszego rozdziału pozwala tylko na wyodrębnienie z najczęściej pojawiających się wątków wiązek tematycznych wraz z co bardziej charakterystycznymi i poruszającymi cytatami. Oparłem się tym razem pokusie doraźnego komentowania (sam fakt takiego a nie innego pogrupowania wypowiedzi i przypisania im nazw już może być swego rodzaju komentarzem).

• Utrata siebie

Gdzie jest „prawdziwe” Ja w czasie depresji i hipomanii? Czy choroba zakrywa „prawdziwe” Ja? Tłumi „prawdziwe” Ja? Nie rozumiem tego procesu, ale czuję, że jest osoba, którą byłam, i osoba, którą jestem teraz, zwłaszcza w związku z depresją, której w mniejszym lub większym stopniu doświadczam cały czas (...). Jeśli jestem na łasce niegodziwych neuroprzekazników i przypadkowo uaktywniających się neuronów, to jak mogę powiedzieć, że mam spójną i stabilną tożsamość? (...) Wiele moich zachowań w czasie epizodów choroby jest do mnie niepodobnych. Ale jeśli to nie ja, to kto? Nie wiem, kim jest ta osoba, którą jestem teraz. Jest obcy, który żyje w moim ciele.

• Wielość osobowości²¹

Moja osobowość jest inna pod wpływem leków. Moja osobowość jest inna w manii. Moja osobowość jest inna w depresji. Nie wiem już, jaka jest moja osobowość. Myślę, że mój poprzedni terapeuta uważał, że mam osobowość wieloraką [Susan P.].

²⁰ Korzystałem z następujących stron: www.psychforums.com/bipolar/topic61663, www.bphope.com/Social/Discussions/Details/13028/1, www.medhelp.org/posts/Bipolar-Disorder/Identity-Crisis/show/1701331, www.bipolarsupport.org/modules.php?name=Forums&file=viewtopic&t=26193, www.dailystrength.org/c/Bipolar_Disorder/forum/4218032-identity-crisis, www.mdjunction.com/forums/bipolar-support-forums/introductions-personal-stories/296882-bipolar-identity-crisis, confrontingbipolaridorder.wordpress.com/tag/identity/.

²¹ Nie ma tu oczywiście mowy o osobowości mnogiej (F44.81 w ICD-10), niemniej dwubiegunowa zmienność osobowości, chociaż pozbawiona komponentu dysocjacyjnego, ma z tym zaburzeniem wiele wspólnego. Jego znawca, Colin Ross, wyraża dość radykalną tezę, wedle której każdy ma dysocjacyjne zaburzenie tożsamości w tym sensie, że u wielu ludzi „stany ego silnie naładowane afektywnie nie funkcjonują w ten sposób ani nie wyglądają tak, jakby to było pojedyncze Ja. Kiedy ktoś jest bardzo zły albo ma głęboką depresję, nie wygląda ani nie myśli, nie porusza się, nie mówi tak jak w innych skrajnych stanach nastroju” (Ross, 2008, s. 198). Także John Rowan, zajmujący się m.in. zagadnieniem subosobowości, przedstawia kontinuum, na którego końcu znajduje się osobowość mnoga, nastroje zaś są bliżej jego początku (za odmiennymi stanami świadomości, a przed subosobowościami; zob. Rowan, 2008, s. 21). Z kolei John Altrocchi wprowadza pojęcie „pluralizmu Ja”, które oznacza: „stopień, w jakim jednostka spostrzega siebie samą jako różnorodną i reagującą na różne sposoby w odmiennych sytuacjach i w różnym czasie” (Altrocchi, 2008, s. 175). Pluralizm Ja istotnie koreluje z podobnymi wymiarami różnic indywidualnych: (nie)stałością Ja, zróżnicowaniem Ja i (nie)pewnością Ja (Altrocchi, 2008, s. 180). Wysoki pluralizm Ja może zachodzić u osób

- **Ekstremalność wielowersyjności**

Moja tożsamość raz była dobrą dziewczynką, innym razem złą – ale zawsze na 150%! [Susan P.].

- **Tęsknota za prostym samookreśleniem**

To niesamowite, jak piękne jest w czasie poprawy i normalnego nastroju posiadanie bardziej uchwytneho poczucia tego, kim naprawdę jesteśmy, co kryje się w naszych sercach i relacjach z innymi, oraz tego, jak ci inni nas widzą. Uważam za druzgocące (...), gdy ta tożsamość rozbija się, a my się chowamy, nie będąc w stanie utrzymać nawet połowy tego, kim byliśmy (...) [Susan P.].

- **Niemożliwość dokańczania podjętych inicjatyw**

Trudność stanowi dla mnie utrzymanie zainteresowania czymkolwiek przez dłuższy czas. Te sprawy, jeśli potrafię utrzymać je długoterminowo, mogłyby pomóc zdefiniować mnie jako osobę.

- **Trudności z oddzieleniem choroby od siebie**

Kiedy powiedziano mi, że mam ChAD, przeszłam przez poważny kryzys tożsamości. Nie wiedziałam, która część mnie była dwubiegunowa, a która prawdziwie moja.

- **Medykalizacja codzienności**

Bycie dwubiegunowym określa podstawy mojej tożsamości, kiedy każdego ranka i każdego wieczoru muszę podejmować świadomą decyzję, by być zdrowym poprzez łykanie leków. Kiedy muszę spać dłużej w celu regulacji mojego nastroju i radzenia sobie z efektami ubocznymi leków. Kiedy muszę zdecydować, czy powiedzieć moim pracodawcom za każdym razem, gdy zmieniam pracę.

- **(Hiper)seksualność w warunkach uśpionego libido**

Myszę, że największą częścią mojej „tożsamości”, która – jak zauważyłam – zniknęła, była moja hiperseksualność. Naprawdę moje nadmierne zainteresowanie

normalnych (choć wiąże się to z nieprzystosowaniem), krańcowe wyniki zaś uzyskują tu, co nie powinno dziwić, osoby z DZT. Można przypuszczać, że także osoby z ChAD osiągnęłyby wysokie wyniki na tej skali, co zapewne nie pozostawałoby bez wpływu na tożsamość, która notabene stanowi jedną z trzech (obok względnej zmienności i heterogeniczności) składowych pluralizmu Ja. Idąc jeszcze dalej, można za Jamesem Grotsteinem przyjąć koncepcję dosłownie „drugiego »ja«”. Jak pisze ten autor: „Specyficzne psychopatologiczne aspekty zjawiska alter ego występują w relacjach między normalnymi a patologicznymi osobowościami dystymików oraz osób z afektywnym zaburzeniem jednobiegunowym lub dwubiegunowym. (...) Zmianę można łatwo dostrzec w zaburzeniach afektywnych, gdy pacjenci mówią, że ich ponure, panikarskie lub maniackalne Ja zniknęło i teraz czują się normalnie” (Grotstein, 2008, s. 56).

seksiem było czymś, co mnie definiowało. To wszystko zniknęło, kiedy zaczęłam brać Lamictal.

- **Pustka tożsamościowa**

Nie mam pojęcia, kim jestem. Nie mam żadnych prawdziwych hobby. Czuję się pusta, ponieważ nie wiem, kim jestem. Spoglądam na innych i zazdroszczę im, ponieważ wydają się wiedzieć, kim są... i kochają to, co robią.

- **Redefinicja przeszłości**

Byłam zaskoczona tym, że niektóre spośród moich zachowań nie były „normalne” i że nie każdy tak ma; czułam, jak gdyby cały ten dobry czas, który, spoglądając wstecz, był hipomanią – był kłamstwem, chorobą; tak naprawdę poczułam, że całe moje życie było kłamstwem.

- **Pozytywna strona choroby**

Teraz czuję się tak, jakby bycie dwubiegunowym „potęgowało” moją osobowość. Jestem inteligentna – zawsze byłam, ale hipomania dodaje temu nowy „smak” (depresja także!). Zawsze byłam empatyczna – moje zaburzenie dwubiegunowe pomaga mi czuć głębiej własne emocje (odnoszące się do życia, nie do nastrojów wywołanych ChAD) oraz emocje innych, co czyni mnie lepszym przyjacielem. Dostrzegam więcej piękna w świecie niż przeciętna osoba i nie pozbyłabym się tego za żadne skarby.

- ***Coping***

W rozpoznaniu siebie pomagają mi unikalne cechy charakterystyczne, długoterminowe cele i wartości. Być może najlepszym wyjściem będzie powiedzenie, że jestem, kim jestem w tym właśnie momencie, i to jest wszystko, czego potrzebuję, by być.

- **Duchowość**

Moje nastroje stanowią filtr dla ekspresji mojej duszy i, podczas gdy zamknięta w swoim ciele poddaję się jego kaprysom, nie powstrzymuje to mnie („prawdziwej” mnie, duszy) przed próbami osiągnięcia dominacji nad funkcjami mojego ciała²².

Jak widać, przy zastosowaniu analizy tematycznej udało się wyodrębnić wiele kategorii stanowiących, jak się zdaje, podstawowe elementy doświadczania własnej tożsamości w przebiegu ChAD. Ten sposób kompletowania

²² Ciekawa jest metafora filtru, jaką stanowią nastroje dla duszy. W podobnym tonie wypowiada się wspomniany Piotr Oleś, dla którego tożsamość jest filtrem doświadczeń życiowych. Zestawienie tych dwóch stanowisk ukazuje, że (niektórzy) ludzie z zaburzeniami dwubiegunowymi, aby utrzymać swoją tożsamość, muszą przesunąć ją głębiej, tam, gdzie choroba (jak wierzą) nie jest w stanie ich dotknąć.

i kształtowania materiału może być przykładem podejścia idiograficznego o tyle, o ile traktuje się je dosłownie. Analiza tematyczna może służyć zarówno nomotetyzmowi, jak i idiografizmowi. Aby badać w zgodzie z tym drugim podejściem, wystarczy ograniczyć ją do wypowiedzi konkretnej osoby. W celu pokazania takiej możliwości niektóre wypowiedzi oznaczono niukiem jednej z takich osób. Przy zastosowaniu podobnej strategii przedkłada się wgląd w bogactwo i różnorodność doświadczeń indywiduum nad nasycenie różnorodnością wybranego konstruktu.

4.2.1.2. *Perypetie Ja z ChAD. Pomiędzy afirmacją a buntem*

Na blogu 28-letniej kobiety o wiele mówiącym mianie „PolishPsycho” znajduje się wpis o nazwie „Refleksja nieprawomyślna”²³. Otwiera ją kwestia „Kim jestem?”. Próba odpowiedzi zaczyna się od stwierdzenia, że diagnoza, zamiast ułatwić, skomplikowała tylko to pytanie, dlatego też trzeba rozpatrzeć problem w kolejnym świetle, a „światło to dotyka samego rdzenia” autorki. Następnie przedstawione zostają kolejne etapy wiązania ChAD z własną tożsamością. Początkowo PolishPsycho traktowała ChAD jako część siebie, później jako „obcy twór” w swojej głowie, „z którym trzeba walczyć bez względu na ofiary”. Uzmysłowienie sobie bezowocności takich prób doprowadziło do trzeciego etapu – całkowitego utożsamienia się z chorobą („ChAD to ja sama”). Znajduje to odzwierciedlenie w częstym nazywaniu siebie „świrem” lub „wariatką”. PolishPsycho jest dwubiegunowa i w dwubiegunowy sposób patrzy na siebie i świat. To ostatnie jest szczególnie interesujące: „Od samego początku wiedziałam, że jestem inna, napędzało mnie poczucie misji, teraz wiem, że to prawda i że to urojenia – naraz. Zależy, z jakiej perspektywy na to spojrzeć. Każda gwiazda ma dwa bieguny, nawet spadająca”. Swoista biegunowość percepcji może oznaczać po prostu ciągłą świadomość, że istnieje wiele perspektyw, z których można patrzeć na dane zjawisko, co równałoby się przejściu do rzadkiego w populacji stadium myślenia postformalnego. Niewykluczone jednak, że wyraża się tu coś bardziej specyficznego – to, jak różnie można patrzeć na świat w depresji i manii albo w zdrowiu i w chorobie.

Wypływającemu z lektury tego wpisu wrażeniu, jakoby był to ostateczny rezultat, przeczy inny, o dziewięć dni wcześniejszy wpis²⁴, w którym pełna entuzjazmu autorka krytycznie ustosunkowuje się do... postaw innych chorych psychicznie. Jest tam między innymi potępienie postrzegania siebie „WYŁĄCZNIE przez pryzmat choroby”, które PolishPsycho ma już za sobą. Wcześniejsza data wpisu wzbudza pewne zakłopotanie i skłania do

²³ Zob. <http://polishpsycho.blogspot.com/2013/01/refleksja-nieprawomyslana.html>.

²⁴ Zob. <http://polishpsycho.blogspot.com/2013/01/przed-lektura-skonsultuj-sie-z-lekarzem.html>.

spekulacji, czy aby choroba autorki nie przybierała postaci *rapid cycling*. Co ciekawe, opisaną wcześniej zmianę postrzegania i innym sukcesom „autoterapeutycznym”²⁵ towarzyszy ujęta w nawias, niepozbawiona drwiny z samej siebie autorefleksja, a jednocześnie ironiczna wycieczka w stronę tych, którzy zdiagnozowanym zaburzeniem tłumaczą zachowania i wpisy autorki: „mówię wam, laska jest w Manii, trzeba jej wybaczyć, jak wpadnie w Depresję, zacznie śpiewać zupełnie inaczej, a Gorzkie Żale i skrusza wręcz wyleją się na klawiaturę”.

Dalsze rozważania są związane z farmakoterapią. Jej działanie „postawiło ścianę między mną a mną”. Symbolizuje to prawdopodobnie chemiczne narzucenie sobie granic, które nie dopuszczają do głosu skrajności Ja mania-kalnego czy depresyjnego. W konsekwencji „pytanie o to, kim jestem, użyło częściową odpowiedź”. O tym, że nie jest to wiedza przynosząca ulgę, świadczą następne zdania: „zglębianie [implikacji tej odpowiedzi – przyp. K.D.] może doprowadzić do pomieszania zmysłów – powiedziała wariatka”. O jakich następstwach mowa? Nierzadko sprzeczne z sobą zdania i wiele niedopowiedzeń utrudniają znalezienie odpowiedzi na to pytanie. Być może chodzi o złapanie w kleszcze psychiatrii, z których wyrwać się jest trudno, lub uzależnienie od leków („Prochy do końca życia”), które sprawiają, że „co-raz mniej siebie w sobie” (tym bardziej że PolishPsycho twierdzi, iż przed rozpoczęciem leczenia funkcjonowała znacznie lepiej). Temu przykre mu wnioskowi towarzyszy dosadne: „Albo mi się wydaje i pieprzę bez sensu”. Można tu zauważyć kolejny przykład szerszej, jak się zdaje, tendencji osób z ChAD-em do łagodzenia stanowczych deklaracji i zdecydowanych wniosków. Ukazuje to następny, dużej wagi problem, jakiego nie sposób znaleźć w oficjalnej symptomatologii choroby – niepewność. Taką, która nie pozwala na najmniejszą dozę przekonania co do własnych sądów, planów czy przewidywań. Taką, w której każdemu przemyślanemu i – jak mogłoby się wydawać – racjonalnemu argumentowi towarzyszy pojawiający się znikąd (a właściwie z poddanych nieświadomej automatyzacji śladów pamięciowych dotyczących własnych zmian) kontrargument. Niepewność związana z utratą punktu odniesienia dla własnych uczuć i myśli.

Jeszcze jeden wpis, chronologicznie umiejscowiony pośrodku wyżej przywołanych, dodaje cegiełkę do próby zrozumienia doświadczania tożsamości

²⁵ PolishPsycho świadomie odmawia psychoterapii. Jednym z powodów jest brak zgody na dyskutowanie o swoich emocjach z kimś obcym (dosłownie: „z jakąś wykształconą panną z dobrego domu”), gdyż te emocje „są moje i prawdziwe – czasem przez nie cierpię, ale takie jest życie, nikt nie obiecywał, że będzie łatwo”. Dlatego zasadne będzie stwierdzenie, że tożsamość tej osoby w dużej mierze konstytuują właśnie emocje. Por. znane wyznanie Rilkego uzasadniające niechęć tego poety do poddania się psychoterapii: „Jeśli opuszczą mnie moje demony, odfruną z nimi moje anioły”.

przez blogerkę. Znamienny tytuł „Być sobą” prowadzi do krótkich rozważań zakończonych puentą: „Przyznaję bez bicia – nie wiem, co to znaczy być sobą. Po prostu jestem”. Nie ma jednak pewności, czy jest to konkluzja osoby (tożsamej) z ChAD. Przez większą część tekstu autorka abstrahuje od choroby, a jej rozważania pretendują do miana uniwersalnych. Twierdzenia o wielości ról do odegrania i związana z tym trudność jednoznacznego określenia się nawet u osoby zdrowej przywodzą na myśl postmodernistyczne ujmowanie tożsamości (zob. zakończenie rozdziału). Jednocześnie dają one wgląd w pojmowanie tożsamości przede wszystkim jako składnicy rozmaitych ról. Rola osoby chorej pojawia się tu jakby przy okazji, jako przykład roli narzuconej. Zresztą PolishPsycho robi wyznania świadczące o czerpaniu wtórnych korzyści z faktu bycia chorą (możliwość bezkarnego pozwalania sobie na „szaleństwa”, tłumaczenie swoich błędów chorobą, a nawet... darmowe wyżywienie w czasie hospitalizacji). *Last but not least* – w zakładce „O mnie” blogerka (poza podaniem rocznika) z charakterystycznym poczuciem humoru mówi o sobie tylko tyle: „Piszę, śpiewam i czasem wariuję”. Czyżby tożsamość można było rozpatrywać w aspekcie czynnościowym?

Czytając bloga, ma się wrażenie, że wszechobecna ironia i autoironia oraz retoryczny, nieco cyniczny styl zakrywają nie tyle różnorakie konflikty wewnętrzne, ile raczej całą gamę silnych, negatywnych emocji – szczególnie złości, rozpacz i pogardy dla samej siebie. Z drugiej strony nie sposób odmówić autorce inteligencji i samoświadomości. Poziom autoanalizy jest miejscami bardzo głęboki. Przy lekturze wpisów wyczuwa się też toczącą się walkę, bunt i przekorę, a przy tym wszystkim zwraca uwagę nieoczekiwanie jednorodny styl. Tak jakby autorka chciała przez to powiedzieć: „na złość chorobie pozostanę sobą”.

4.2.1.3. *Tożsamość wielokrotnie pokawałkowana i żmudny proces składania jej w całość*

W tegorocznym, kwietniowym wydaniu magazynu „New York Times” znajduje się poruszająca opowieść Lindy Logan²⁶, pisarki i byłego wykładowcy akademickiego, zawierająca liczne odniesienia do doświadczania własnej tożsamości w przebiegu ChAD typu II. Zapowiada to już pierwsze zdanie: „Ostatnim razem [tj. 33 lata temu], kiedy widziałam swoje własne »Ja«, miałam 27 lat”. Po raz pierwszy jej tożsamość została zraniona w związku z hospitalizacją: „W chwili, w której drzwi szpitala zamknęły się za mną, zostałam odarta z mojej tożsamości jako żony, matki, nauczyciela i pisarza i przekształcona w pacjenta, numer pokoju i diagnozę”. Można podejrzewać, że dla Lo-

²⁶ Zob. <http://www.nytimes.com/2013/04/28/magazine/the-problem-with-how-we-treat-bipolar-disorder.html>.

gan na to, kim jest, składają się przede wszystkim role życiowe. Dla tych, których tożsamość w największym stopniu wydają się określać zinternalizowane role, sama już niemożność ich odgrywania wiąże się z psychicznym ogołoceniem²⁷. Dodatkowo w przypadku Logan wpływ miały opisywane przez nią szpitalny rygor i przymus, narzucony porządek dnia czy uniemożliwianie wykonywania większości normalnych czynności bez zgody personelu.

Drugim zagrożeniem dla tożsamości okazała się intensywna farmakoterapia. Autorka opisuje, dosłownie i w przenośni, otepiający wpływ leków na funkcjonowanie poznawcze: „To było tak, jak gdyby drzwi do jakiegokolwiek części mego mózgu mieszczącej moją kreatywność były zamknięte. Jasność myśli, pamięć i koncentracja – wszystkie one mnie opuściły. Powoli gasłam”. Zanikła również sfera afektywna: „Pierwszy przepisany lek (amitrypyliną) w procesie łagodzenia poczucia rozpacz przytępił także wszystkie inne moje emocje”. Leki, tak jak nieostrożny chirurg, usunęły cierpienie, ale wraz z nim całe życie wewnętrzne pacjentki.

W pewnym sensie kolejnymi ciosami dla tożsamości okazały się niemożność bycia wysłuchaną, brak przestrzeni do wypowiedzenia się i niewrażliwość na nurtujący pacjentkę problem: „Próbowałam rozmawiać z lekarzami o moim zanikającym Ja, ale oni nie mieli nic do powiedzenia w tym temacie”. Nie było na to czasu, musiano przecież skrupulatnie obserwować pacjentkę, mierzyć poziomy neurotransmiterów etc. Jak podsumowuje autorka: „Wszystko było analizowane – poza transformacją mojego Ja i doświadczaniem jego utraty”. Wypowiedzi te dają do zrozumienia, jak bardzo szczegółowe badania nie przekładają się na leczenie, jeśli tylko lekarze nie skonsultują się z największym ekspertem – samym pacjentem. Jeśli tak się nie staje, wszelkie zabiegi pozostają tylko sztuką dla sztuki lub bezmyślnym powielaniem wyuczonych schematów postępowania z chorym.

Jakiś czas po wyjściu ze szpitala Logan doświadczyła swojej pierwszej hipomanii. Jak pisze: „Do tego momentu moje szczątkowe Ja przyzwyczało się do mojej depresyjnej wersji, z jej posępnym nastrojem i niepewnym chwytnością życia. I oto pojawił się ktoś nowy. Wyglądało to tak, jakbym rozbiła się na trzy części: moje zaszokowane Ja, moje Ja depresyjne i bezwstydną Ja

²⁷ Alfred Kraus (1995), pomysłodawca opartej na tożsamości terapii osób z zaburzeniami afektywnymi, pisze o dwóch komponentach *self*: tożsamości ego i tożsamości roli społecznej (ról społecznych) oraz napięciu pomiędzy nimi, będącym szczególnym przykładem Sartre'owskiego *négation interne*, a wyrażonym w pojęciu dystansu do roli (*role distance*). W podobnym tonie, choć w zupełnie odmiennym kontekście wypowiadali się Kahn i in. (1964; za: McCrae, Costa, 2005, s. 135), którzy opierając się na *California Psychological Inventory*, przeprowadzili badania zachowań organizacyjnych pod kątem cechy zwanej „elastycznością-szttywnością”. Wykazali w nich, że osoby, którym bliżej jest do tego drugiego bieguna, utożsamiają się ze ściśle określoną, najczęściej jedną, rolą. Dystans do roli wiąże się zaś z ważnym osiągnięciem rozwojowym.

hipomaniakalne”. Ostatnie zdanie ukazuje dobitnie tę swoistą, dwubiegunową wersję osobowości wielorakiej. Inna myśl daje wgląd we wzajemną nieprzystawalność dwóch biegunów: „Działania mojego hipomaniakalnego Ja opuściły moje obszarpane, depresyjne Ja, mówiąc »To nie my« i »My tego nie robimy«”.

Najbardziej dewastujące dla tożsamości były jednak doznania psychotyczne. Logan opisuje sytuację, w której była przekonana, że znajduje się w pociągu do Kanady i jest rok 1974 (podczas gdy był wtedy rok 1990). Komentuje to następująco:

O ile moje Ja było nękanie przez depresję, to psychoza zadała ostateczny cios. Moje granice były rozmyte, zanikło poczucie tego, gdzie się kończę, a zaczynają się inni ludzie i środowisko; przypominało to gryzmoły małego dziecka wychodzące poza linie. Nie widziałam siebie jako człowieka, raczej jako czarną posypkę czekoladową na asfaltowej drodze.

Widać tu charakterystyczne dla psychozy poszerzenie obszaru Ja, które uderza w jeden z głównych wyznaczników tożsamości – odrębność. Logan polemizuje tutaj z poglądami niektórych naukowców, wedle których w psychozie Ja nie ginie, a jedynie się rozluźnia, natomiast miejsce pierwszego planu zajmuje tło: „Wcale tak nie uważam. Gdyby wolno mi było wyjść na zewnątrz, wątpiłabym w realność własnego cienia”.

Proces rekonstruowania Ja zabrał autorce dużo czasu. Jedno z wytłumaczeń takiego stanu sprowadza się do tego, że ludzie w manii i hipomanii doświadczają unikalnego zestawu wyzwań, którym muszą stawić czoło. Jak tłumaczyła to autorce Amy Barnhorst, lekarz psychiatra z Uniwersytetu Kalifornijskiego, „części Ja, które mogą wyjść na światło dzienne w manii i hipomanii – co samo w sobie jest przerażające – są bardzo rzeczywiste i utrudniają pacjentom pogodzenie tych zachowań z ich Ja, gdy ci już je poznali”. Jak podsumowuje to Logan: „w manii i hipomanii chore Ja nie bierze na siebie odpowiedzialności; wyleczone Ja ma dużo do wyjaśnienia i często musi przepraszać za to, co zrobiło w innym stanie”.

Gdy objawy choroby zaczęły stopniowo łagodnieć, Logan rozmawiała z klinicystami o tym, dlaczego tak niewiele mówi się o Ja pacjenta przy okazji leczenia chorób psychicznych, które narażają na szwank poczucie tego, kim się jest. Wyraża ona zdanie, że dla wielu ludzi z zaburzeniami umysłowymi transformacja Ja jest jednym z najbardziej niepokojących problemów w byciu chorym, ich rozpacz zaś rośnie, gdy lekarze nie interesują się tym, które części Ja uległy zanikowi, ani nie pomagają w opracowaniu strategii prowadzących do poradzenia sobie z tą stratą.

Jak przyznaje 60-letnia obecnie autorka, po 20 latach od czasu ostatniej hospitalizacji wiele części jej starego Ja „dowlokło się do domu”. Nie wszystko

jednak wróciło cało. Mimo braku „szalonych” zachowań Logan nadal czuje się nie do końca komfortowo w sytuacjach społecznych. Choć nie musi walczyć z sobą, by nie spać w ciągu dnia, jest w stanie w pełni funkcjonować jedynie pomiędzy rankiem a popołudniem. Między innymi z tego powodu nie mogła też wrócić do nauczania. Kilka lat temu odszedł od niej mąż, ale – jak twierdzi – jej „zdruzgotane, zrozpaczone, wściekle Ja pozostało nietknięte”. Dzisiaj jej umysł jest bystry. Wróciła do pisania, spotyka się z przyjaciółmi, uwielbia przebywać z wnukami. W chwili pisania omawianego tekstu przygotowywała się do małej uroczystości, podczas której miała świętować ponowne zebranie swoich rozlicznych Ja w jedną całość. Świadeństwo kończy się zdaniem: „Pierwszym zaproszonym gościem było moje stare Ja”²⁸.

4.2.1.4. *Być sobą, nie będąc osobą*

Strona Bipolarvillage.com stanowi społeczność osób z diagnozą ChAD. Wśród wielu ciekawych artykułów można tam znaleźć tekst jej właściciela, dra Daniela Badera, pod tytułem: *Czy potrzebuję „prawdziwego siebie”? akceptowanie dwubiegunowych cech osobowości*²⁹. Autor, sam chory na ChAD, wychodzi od rozróżnienia na bycie dwubiegunowym (*I'm bipolar*) i chorowanie na ChAD (*I have bipolar*). Najbardziej zewnętrzne ujęcie (*externalist view*) głosi, że im bardziej jest się w stanie kontrolować swoje zaburzenie, tym bardziej jest się prawdziwie sobą, a im bardziej to zaburzenie kontroluje czyjeś zachowania, tym mniej sobą ten ktoś jest. Przeciwny pogląd (*internalist view*) opisuje zdanie: „Ja jestem sobą zawsze wtedy, gdy to JA działam lub czuję – czy jestem w trakcie któregoś z epizodów, czy nie”. W związku z tym kiedy mam epizod manii, to „ja” jestem prawdziwie maniakałny. Podobnie w wypadku depresji, ponieważ cokolwiek wywodzi się z zaburzenia dwubiegunowego, wywodzi się ze mnie, dlatego że to zaburzenie jest częścią mnie. Bader znajduje pewne korzyści w obydwu ujęciach. Postrzeganie choroby jako czegoś zewnętrznego pozwala na ujmowanie siebie jako stabilnego bytu pośrodku emocjonalnego huraganu wokół własnej osoby. Z kolei uwewnętrznianie zaburzenia daje prawo własności do różnych stanów emocjonalnych. Autor uznaje obie koncepcje za potencjalnie terapeutyczne, o ile – dopasowa-

²⁸ Warto jeszcze na marginesie wspomnieć, że Logan pomaga prowadzić grupy wsparcia dla osób chorych psychicznie, w czasie których wiele miejsca poświęca się dylematom tożsamości. Niezwykle poruszająca jest pewna, związana z tą działalnością, sytuacja. Otóż jakiś człowiek dołączył do grupy Logan, przez kilka lat nie odnajdując się na żadnej innej grupie. Na pytanie, dlaczego tak było, odpowiedział: „Ponieważ każdy tam wyrażał swój żal z powodu straty innej osoby. Mnie było żal samego siebie. Tego, kim byłem, zanim zachorowałem, i tego, kim jestem teraz”.

²⁹ Zob. <http://www.bipolarvillage.com/do-i-need-a-real-me-accepting-bipolar-personality-traits/>.

ne do danej osoby – przyspieszają proces wychodzenia z choroby. Sam jednak proponuje trzecie wyjście. Po pierwsze, postuluje on... aby pozbyć się idei „prawdziwego siebie”.

Pokrótkie przedstawiona zostaje ewolucja pojmowania istoty ludzkiej, od organizmu przez osobę do osobowości. Ta ostatnia daje poczucie jedności (bycia jednym), przez co staje się niesłychanie ważna dla poczucia tożsamości. Jak jednak zauważa Bader, w tym właśnie miejscu ludzie z zaburzeniem dwubiegunowym napotykać trudność. Opisuje ją następująco:

Nie do końca mamy pojedynczą osobowość, definiowaną jako zestaw trwałych cech charakteru. Niektóre z tych cech utrzymują się w miarę wpływu czasu, ale inne zmieniają się w zależności od tego, w którym miejscu cyklu aktualnie się jest. Pewnego razu żartowałem z moim terapeutą, że mam co najmniej pięć osobowości: maniacką, stabilną, depresyjną, lękową i pobudliwą. Ludzie bez chorób psychicznych mogą mieć wahnięcia nastroju, ale my mamy wahnięcia osobowości (Bader, 2011).

W takiej sytuacji, pisze dalej Bader, można być „eksternalistą” i wybrać jedną z tych osobowości (najczęściej „normalną”, rzadziej maniacką) jako odzwierciedlającą „prawdziwego siebie” bądź „internalistą” i myśleć o sobie jako o gałązce na wietrze z czymś, co nazywa się „osobowością”, ale tak naprawdę nią nie jest. Określanie „prawdziwego siebie” przez wzgląd na osobowość prowadzi albo do swego rodzaju dysocjacji (wybierania sobie, co jest prawdziwie moje, a co nie; odrzucania pewnych doświadczeń psychicznych etc.), albo do poczucia, że jest się w jakiś sposób „uszkodzonym”. Dlatego właśnie autor wybiera trzecią drogę:

Lubię określać siebie jako ludzki organizm: ta tutaj istota ludzka nazywa się Daniel. Nie jestem osobą. Nie jestem częścią moich stanów umysłowych, nie jestem swoją osobowością. To raczej moja osobowość jest po prostu częścią mnie, podobnie jak mój rozum i mój *spleen*. Jak każda inna część mnie, i ona może zachorować. (...) Nie mogę być złą bądź niezrównoważoną osobą, ponieważ nie jestem osobą (Bader, 2011).

Daniel Bader zaświadcza, że przyjęcie takiej perspektywy pomogło mu wyzdrowieć. Na pewno samo istnienie trzeciej możliwości radzenia sobie z własną tożsamością jest czymś bardzo cennym – poszerza bowiem zakres indywidualnej wolności, tak mocno przecież nadszarpniętej chorobą (gdy nastrój i jego pochodne dominują nad wolą). Koniec końców, chodzi tu o prostą zmianę schematu poznawczego (schematu Ja). Jest to jednak o tyle doniosłe, że nie zmienia się stosunku do jakiegoś nieprzystosowawczego przekonania, wynikającego z jakiejś cechy, ale stosunek do źródła tych cech. W zależności od punktu widzenia można różnie wartościować taki sposób. Z jednej strony brzmi to bowiem nieco nihilistycznie; nasuwają się pytania na przykład o odpowiedzialność za swoje czyny, której może zabraknąć wraz z „usunięciem”

nie tylko osobowości, ale i osoby³⁰. Z drugiej strony taka postawa może być zaprzeczeniem ego-izmu i kojarzyć się z tożsamością w ujęciu transpersonalnym³¹. W zamyśle autora nie jest ani jednym, ani drugim. Mniej jest ważne to, kim się jest, niż to, że się jest. Jest się człowiekiem bez właściwości, ale nie eliminuje to człowieczeństwa ani podmiotowości.

4.2.1.5. *Tożsamość zapożyczona*

„Wielu ludzi z zaburzeniami biegunowymi cierpi na, jak się to mówi, kryzys tożsamości”. Tak zaczyna się artykuł³², w którym mowa jest o specyficznym, nietypowym nawet w świetle niniejszych rozważań, zaburzeniu tożsamości. Jego autorka, 50-letnia Cindy z dziewięcioletnim stażem w korporacji ChAD, pisze o zastępowaniu własnej tożsamości – utraconej lub zmienionej – innymi tożsamościami (tożsamościami Innych). W jej wypadku zachodzi tymczasowe przybieranie tożsamości osoby, z którą spotyka się twarzą w twarz. Ma to na celu, jak wyznaje, kompensację utraty własnej tożsamości. „Jestem jak kameleon – pisze. – Absorbuję cechy innych ludzi, ich style i poziomy intelektualne wypowiedzi lub rodzaj poczucia humoru; tak naprawdę od siły charakteru rozmówcy zależy, czy przyjmę więcej niż jedną cechę naraz”. Taka postawa wzmacnia interlokutora, który jest rozmową bardzo ukontentowany – wymienia przecież zdania z „potakiwaczem”, którego uważa za bratnią duszę. Wzmacniany jest też „kameleon”, postrzega się go bowiem jako czarującego rozmówcę. Sielankę przerywają jednak w pewnym momencie znudzenie i brak odpowiedniej stymulacji dla tego ostatniego.

To wszystko komplikuje się jeszcze bardziej, gdy ktoś taki musi rozmawiać z kilkoma osobami jednocześnie. Nadmiar stymulacji przytłacza chore-

³⁰ Można tylko przypuszczać, co autor ma na myśli, gdy używa słów takich jak „osoba” i „organizm”. Znaczenie przypisywane powyższym pojęciom jest tu, jak można przypuszczać, raczej idiosynkratyczne, a przez to – przy braku wystarczających wskazówek – intersubiektywnie nieprzekładalne (czego należy żałować, bo nie sposób zrozumieć do końca [co zresztą i tak jest niemożliwe] subiektywnego znaczenia owych kategorii); por. konstatację Gałdowej (1995), że osobą się jest, a osobowość się posiada, czy też stanowisko Frankla (1984, s. 272) wyrażone w słynnym zdaniu: „człowiek jest osobowością, ma charakter, a osobowością się staje, kształtując ten ostatni”, którego rozwinięcie („Człowiek jako duchowa osoba ma charakter i ma wolność w stosunku do charakteru. Skłonność charakteru nie jest więc w żadnym razie czynnikiem rozstrzygającym: ostatecznie rozstrzygające jest zawsze zajęcie stanowiska przez osobę. (...) Człowiek ma więc wolność nie tylko w stosunku do wpływów swego środowiska, lecz również wobec swego charakteru”) poprzez swój uniwersalizm, ale też pewną nieokreśloność może jednak brzmieć nieco naiwnie, a co gorsza – krzywdząco w kontekście poważnych chorób psychicznych o proveniencji przede wszystkim biologicznej.

³¹ Dla psychologii transpersonalnej tożsamość jest czymś kluczowym, choć słowo to w tym nurcie stanowi właściwie zaprzeczenie klasycznie pojmowanej tożsamości (por. Dobroczyński, 2000).

³² Zob. <http://www.healthcentral.com/bipolar/c/930/19799/crises-exposed/>.

go, czyniąc niemożliwym znalezienie oparcia w „podłączeniu się” pod jedną tożsamość. Jak pisze Cindy, „pozostawia to chorego pod naporem niemych hałasów i kłębiących się nieporozumień, które nie mają sensu i tworzą dla niego zagrażające i przerażające środowisko”.

Inna trudna sytuacja w wypadku autorki – określającej się jako pozytywna od urodzenia – zachodzi, gdy styka się ona z ludźmi przepełnionymi złością i gniewem, a sama jest daleka od równowagi emocjonalnej. Chce (musi?) się „podpiąć” pod tożsamość takiej osoby, lecz nie może tego zrobić (bo jest to sprzeczne z jej naturą). Uruchamia się w niej wtedy tryb lękowy i dochodzi do fatalnej kolizji, ponieważ „kameleon” w niej „nie ma dokąd uciec”.

Cindy podsumowuje swój tekst słowami: „Utrata mojej tożsamości była trudna. Szukam «rdzenia» siebie od dłuższego czasu”, kończy jednak optymistycznie: „Moje motto pozostaje niezmiennie. Ucz się, ucz się, ucz – i nigdy się nie poddawaj”.

Wydawać by się mogło, że problem Cindy jest odosobniony. Wiele komentarzy pod jej tekstem uświadamia, że nic bardziej mylnego. Komentujący solidaryzują się z autorką i piszą między innymi o „klonowaniu” znajomych czy potrzebie robienia wszystkiego tego, co robi osoba, z którą wchodzi w kontakt. Całość tych relacji skłania do wniosku, że ów „kryzys tożsamości” nie jest jej zaburzeniem (w rodzaju wcześniej przytaczanych), lecz odpowiedzią na nie. Wchodzić w skórę innych można tylko wtedy, gdy utraciło się własną³³.

4.2.2. Niedostrzeżone studium przypadku

Jak już wspomniano, także autor niniejszego tekstu zdecydował się podjąć próbę badania tożsamości, opierając się przede wszystkim na metodzie wywiadu. Próba ta z niezależnych od niego przyczyn zakończyłaby się całkowitym fiaskiem³⁴, gdyby nie ofiarność i – nad wyraz umiejętnie przelewane

³³ Ciekawe, że tego rodzaju „utrata tożsamości” nie jest w stanie wyjaśnić żadna teoria. Na przykład cenna propozycja stopniowego różnicowania Ja (które jest warunkiem dojrzałej tożsamości) na Ja – „inni”, Ja – „my” oraz „my – Inni” (Jarymowicz, 1988) ułatwia opis tego typu sytuacji, nie pozwala jednak na ujawnienie mechanizmów stojących za podobnym rodzajem deindywidualizacji. Wydaje się, że zarówno ta teoria, jak i każda inna, uznając za pewnik progresywny charakter tożsamości, nie bierze pod uwagę potencjalnych jej regresji czy „załamania”. Być może najlepsze, co psycholog może zrobić w zetknięciu z podobnym fenomenem, to – *nomen omen* – fenomenologiczny jego opis i zastosowanie metody hermeneutycznej w celu jego uchwycenia.

³⁴ Pierwotnie zamierzano zadawać osobie badanej te same pytania i prosić o wypełnianie tych samych kwestionariuszy w różnych fazach choroby: manii, depresji i remisji. W chwili przeprowadzania wywiadu osoba badana była w stanie depresji. Jej niezgoda na interakcję twarzą w twarz sprawiła, że badanie musiało się odbyć drogą elektroniczną. Pytania wywiadu wraz z instrukcją zostały przesłane badanej e-mailem. Po 10 dniach otrzymano odpowiedź.

na papier – bogactwo osobowości badanej, 24-letniej studentki psychologii. Niestety nie sposób przytoczyć tutaj wszystkich jej odpowiedzi, ani też podać je całościowej i pogłębionej interpretacji. W ich miejsce streszczę i zdawkowo skomentuję wypowiedzi w porządku zgodnym z treścią i kolejnością zadawanych pytań.

W odpowiedzi na pierwsze pytanie (zasadnicze: „Kim jesteś?”) badana odwołuje się do wielowersyjności własnej osoby, przyznając z rezygnacją, że nie wie, która wersja jest tą właściwą, cała jej wiedza o sobie skutkuje zaś brakiem poczucia spójności. Zastanawia się, czy może postrzegać siebie przez pryzmat odgrywanych ról, po czym uświadamia sobie, że nawet one nie dają oparcia owemu poczuciu. Trudność z samookreśleniem przechodzi jednak po chwili w ukrytą dumę z własnej indywidualności: „Myślę, że nie można próbować mnie włożyć w żadne klisze, sztywne ramy. Niektórzy próbowali i im się to nie udawało. Zawsze byli albo zdziwieni, albo rozzarowani”. Widać tu także aspekt społeczny, czy raczej poznanie odzwierciedlone, które jest jednym z elementów Eriksonowskiej definicji tożsamości. Odpowiedź na pierwsze pytanie kończy poetycka konstatacja, wskazująca na pewną „niegotowość” osoby: „Mój portret można by nakreślić tylko za pomocą ołówka. Tak, aby zawsze można było wprowadzić jakieś nowe rysy, poprawki, zmiany...”

Przy prośbie o autocharakterystykę pada odpowiedź do cna dwubiegowa. Indagowana najpierw mówi o własnej nieśmiałości i braku pewności siebie, a zaraz potem o dużej dozie odwagi, skłonności do podejmowania ryzyka, poszukiwaniu nowych doświadczeń i potrzebie różnorodności. Problemатyczne dla próby uchwycenia sensu wypowiedzi jest użycie słowa „jednocześnie”. Czy należy rozumieć je dosłownie (wtedy wskazywałoby na jednoczesność i równorzędność obydwu tendencji), czy może odnosi się ono do zmienności międzynastrójowej (którą najprościej ująć jako dominację introwersji lub ekstrawersji), czy też ma kierować uwagę na swego rodzaju bogactwo form przeciwstawnych, które tkwią w badanej (niczym w jungowskiej Jaźni) i które można dowolnie aktualizować lub bezwolnie (pod naciskiem nastroju) się im poddać? Czy sama badana byłaby w stanie wybrać jedną z wielu alternatyw? A może świadomie nie chce (nie może) być ścisła? Tak czy inaczej zdaje sobie ona sprawę z tego, że „Konstelacja [jej] cech jest zmienna i dynamiczna”. Jest też pewna jednego – że jest neurotyczką. Uwagę zwraca również szczególna umiejętność zdystansowania się od nastroju narzucającego swoje racje:

Teraz, będąc w depresji, nasuwają mi się oczywiście same pejoratywne określenia na swój temat. Mając jednak za sobą kilka epizodów depresji, wiem, że ta negatywna

Kontakt z badaną został utrzymany do czasu remisji, jednakże badana odmówiła ponownego odpowiadania na te same pytania, twierdząc, że odpowiedzi nie uległyby zmianie.

wizja siebie to nie do końca prawda. Nie jestem beznadziejna. Jestem osobą, która nie wykorzystuje swojego potencjału.

Ciekawość dotyczącą tego, co sprawia, że jest tym, kim jest, pytana zaspokaja deklaracją konstytuującą jej tożsamość roli doświadczeń, między innymi podróżowania i interakcji oraz silnych doznań estetycznych w reakcji na obcowanie ze sztuką. Ta ostatnia jest w stanie zainspirować ją do odnajdywania w sobie zasobów pomagających przetrwać emocjonalne zawirowania lub/i pozwolić oderwać się od siebie, zanurzyć w rzeczywistości psychologicznej wykreowanych postaci:

Widzisz *Życie na podłuchu* czy *Pianistę* i przekonujesz się, co znaczą ludzkie dramaty i walka. I szukasz własnej amunicji. Amunicji na swoje problemy. (W depresji to ty sam jesteś dla siebie największym przeciwnikiem). Oglądasz filmy Kieślowskiego i zaczynasz inaczej spostrzegać świat. Intrygują Cię nieudomowienia, tajemnice. Magia kina jest cudowna! Podobnie magia teatru!

Podobnemu, choć nie tożsamemu z poprzednim zapytaniu o to, jakie właściwości i cechy sprawiają, że jest sobą, towarzyszy odpowiedź: „Wszystko, co we mnie tkwi. Moje fantasmagorie i demony”. W sytuacji odwrócenia tego pytania („Co jest takiego w Tobie, bez czego nie byłabyś sobą?”) badana podkreśla wysoki stopień indywidualizmu oraz brak zgody na zewnętrzną kontrolę (co być może kompensuje do pewnego stopnia ograniczoną przez chorobę wewnętrzną kontrolę). Z indywidualizmem wiąże się deklarowana potrzeba niezależności³⁵. Być może jednym z jej aspektów jest sprzeciw wobec okazywania słabości i związanego z nią wstydu. Gdy badana pisze o „niemym krzyku przerażenia” (porównanie do słynnego obrazu Muncha), dodaje jakby ukradkiem: „Może ja nie chcę, żeby ktoś go usłyszał?”.

Dla tej osoby najważniejsze w życiu (kolejne pytanie) są przyjaźń³⁶ (zarówno osób, z którymi „możesz dzielić swój mikrokosmos”, jak i tych, „z którymi się polaryzujesz”), miłość (choć to „ryzykowna sprawa”) i samorealizacja (umiejętność przekucia pasji w zawód, ale „trzeba najpierw tę pasję znaleźć. Ja wciąż szukam...” [często szukać przestaję])³⁷.

³⁵ Tapp (2002, za: Grzegorek, 2008) wiąże niezależność z tożsamością „przez stawianie się”, w odróżnieniu od trzech pozostałych postaw wobec siebie i innych, których kształt zależy od osiągniętego stopnia dyferencjacji (Ja – nie-Ja).

³⁶ To chyba najważniejsza część „zewnętrznego” (społecznego, a ściślej – relacyjnego) elementu tożsamości osoby badanej. To ona pierwsza pojawiła się w odpowiedzi, a towarzyszyło jej wyznanie: „Zawsze kiedy tracę przyjaciela, czuję się, jakby umierała jakaś część mnie”.

³⁷ Można tylko przypuszczać, że nieumiejętność znalezienia i tymczasowe zaprzestawanie szukania wynikają z powodowanej spostrzeganą chwiejnością niemożności przewidzenia swojej roli w przyszłości.

W chwili przeprowadzania wywiadu osoba badana nie miała poczucia obcości wobec samej siebie (bywało tak wcześniej – efekt tolerancji?). Mimo to czuła się niestabilnie, labilnie, a najbardziej newralgicznym punktem jej obecnego stanu była niemożność zaśnięcia i związana z nią „konieczność nieustannego wytrzymywania z sobą – osobą, której nienawidzisz”.

Przy podobnym pytaniu rzutowanym w przeszłość badana wyznaje, że poczucia bycia kimś innym, niż jest w istocie, funkcjonowania (poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego) niezgodnego z jej charakterem, nie doświadczała w manii czy sytuacjach silnej rozpacz, ale w stanach pustki emocjonalnej, jak metaforycznie to ujmuję: „impregnowania na ludzi, świat, sztukę”, bezradnej obserwacji teatru życia przy wypadnięciu z własnej w nim roli (ról).

Przeszłość postrzega badana w kategoriach straconych szans, a obraz przyszłości uległ frustrującemu rozmazaniu ze względu na brak jasno sprecyzowanego celu. Nie jest to raczej specyficzna dla niej nieumiejętność³⁸, lecz kolejny objaw choroby („moje plany szybko się dezaktualizują”).

W związku z pytaniem o wyobrażenia na temat przyszłości kobieta wyznaje, że chciałaby osiągnąć sukces zawodowy, przyznaje jednak, iż w momencie choroby rozwój jej kariery stanął pod znakiem zapytania: „przy tak postawionej diagnozie nigdy nie zdecydowałabym się na ten kierunek studiów. Wybrałabym coś bardziej «konkretnego», dającego większą gwarancję bezpiecznej przyszłości”. Także projektowane w przyszłość życie osobiste mocno ucierpiało z powodu takiej a nie innej diagnozy, przynoszącej świadomość obciążeń genetycznych i własnej chwiejności emocjonalnej: „Nie wyobrażam sobie poważnego związku ze wspólną wizją przyszłości. (...) Rodzina, dzieci? Całkiem niedawno postanowiłam, że z tego zrezygnuję (...), «nie pozwolę na to, żeby ktoś męczył się tak jak ja» – przemknęło mi wówczas przez myśl”. Pacjentka konstatuje zresztą, że jej dotychczasowe relacje zazwyczaj nie były długofalowe (z powodu syndromu „dezaktualizacji”? własnej zmienności? uciążliwości objawów dla partnera?).

Refleksja nad okolicznościami wewnętrznymi (depresja, mania, eutymia), w których badana czuje się najbardziej sobą, przynosi nie tylko niepewną odpowiedź, że jest tak w stanie (od dawna niedoświadczanego) wyrównanego nastroju, ale i dobitne stwierdzenie – iż na pewno nie pod wpływem leków. Przyznaje też, że w czasie manii zdarza jej się czuć sobą lub też czuć się taką, jaką chciałaby być (Ja maniakalne = Ja idealne?). Cała odpowiedź jest obciążona nieustannym wahaniem, a pewności niemal każdego stwierdzenia towarzyszy jego osłabienie. Zachodzi ponadto u badanej konflikt między

³⁸ Kontynuatorzy myśli Eriksona, James Marcia (1966) i jego zwolennicy, mogliby się tu doszukiwać statusu tożsamości moratoryjnej czy nawet rozproszonej.

pragnieniem spokoju, który może zagwarantować tylko „zwyčajny” nastrój, a potrzebą stymulacji; przykładem takiej tendencji jest następujący fragment: „Pewnie jestem sobą najbardziej, gdy wszystko wydaje mi się zwyczajne, szampowe i przyziemne. Szaleństwu jednak trudno się oprzeć”.

Czym jest dla badanej ChAD? „Przed wszystkim cierpieniem”. Jednocześnie sprzeciwia się ona demonizowaniu i próbuje szukać pozytywnych skutków ubocznych zaburzenia: „A może jest coś cudownego w tym, że możemy doświadczać stanów, których inni nie doświadcniają?! Których zamiastkę mogą poczuć tylko pod wpływem działania substancji psychoaktywnych”.

Co dość nietypowe, osoba badana zapytana o kontrolę nad sobą i biegiem wypadków nie stwierdza jej braku. Z taką konstatacją kontrastują nieco zawarte w sąsiednich zdaniach egzemplifikacje utraty kontroli: indukowane stanem maniakałnym gubienie przedmiotów, szal zakupów, utrata pracy, przyjaciela, a przede wszystkim – hospitalizacja psychiatryczna oraz powodowana depresją „bylejakość” wykonywania wszelkich czynności i bezsilne wycofanie się ze świata.

Przy wyciąganiu wniosków z wypowiedzi badanej należy uwzględnić stan, w którym odpowiadała na pytania. Mimo że widać w nich próbę obiektywizacji własnego doświadczenia, trudno uniknąć doszukiwania się w jej słowach wpływu depresji. Czy będąc w remisji, nie mówiąc już o manii/hipomanii, tak kategorycznie zaprzeczałaby możliwości wejścia w stały związek czy nawet założenia rodziny? Czy w reakcji na pytanie „Kim jesteś?” odczuwałaby taką konsternację? Czy za jedyną swoją stałą cechą uważałaby neurotyczność? Czy przeszłość postrzegałaby nade wszystko jako ciąg porażek i niewykorzystanych szans? Niepowodzenie pierwotnego planu indagowania tej samej osoby w różnych fazach choroby sprawia, że nie sposób odpowiedzieć na powyższe pytania z pełnym przekonaniem.

W porównaniu jednak z wieloma przytaczanymi wcześniej wypowiedziami innych chorych, osoba badana wydaje się mieć nieco mniejsze problemy z określeniem siebie. Wyraźnie zaznacza sfery życia, które są dla niej ważne bez względu na rodzaj epizodu. Mimo że nie wie do końca, kim jest, zdaje się, że jest sobą – cokolwiek by to znaczyło. Pomimo właśnie przeżywanej depresji skłonna jest do zachwytu. Wie, czego chce (np. niezależności), chociaż wiedzy tej daleko do konkretnych planów na przyszłość. Posiada też kilka żelaznych cech, odpornych na rdzę czasu i zarysowania różnych faz choroby: indywidualizm, neurotyczność, otwartość na doświadczenie.

Uwagi końcowe

W niniejszym rozdziale dokonano próby opisu metod i podejść do badania tożsamości w szczególnym kontekście, jaki stanowi choroba afektywna dwubiegunowa, a konkretnie: osoba zmagająca się z tą chorobą. Jako przykład posłużyły dwa badania oraz własne próby badawcze autora.

O ile wszystkie te badania można nazwać jakościowymi, o tyle tylko badania autorskie spełniały w większym bądź mniejszym stopniu założenia idiografizmu. Wykorzystane w nich metody można podzielić na odnoszące się do analizy treści idiograficznych danych zastanych (tj. znalezionych w sieci) oraz do zapisu wywiadu, stanowiącego kluczowy element zamierzonego studium przypadku – metody *par excellence* idiograficznej. Co ważne, uzyskane w ten sposób wyniki w wielu miejscach zgadzały się z rezultatami badań o charakterze bardziej nomotetycznym. Świadczy to o tym, że przynajmniej przy próbie poznania tak małego i dalekiego od powszechności wycinka rzeczywistości, jakim jest tożsamość w przebiegu ChAD, podejście idiograficzne może dać podobne rezultaty jak podejście nomotetyczne. Pewną przewagą tego pierwszego jest jednak możliwość ujrzenia całości doświadczenia konkretnej osoby bez wyraźnej ingerencji i konieczności wydzielania z niego fragmentów służących później do zbudowania teorii stosującej się do całej populacji. Same takie starania często są utopijne, a nieświadomość ich utopijności może doprowadzić nawet do zafałszowania wyników, ostatecznie zaś wniosków, które w odniesieniu do przedmiotu przytaczanych w tym rozdziale badań mogłyby brzmieć następująco: 1) wszystkie osoby borykające się z ChAD przeżywają problemy z tożsamością³⁹; 2) te problemy przyjmują zawsze taki a nie inny obraz; 3) zaburzenia tożsamości w ChAD mają charakter obiektywny. Dopiero szerzej zakrojone, pozbawione prekonceptualizacji i arbitralnie przyjętych hipotez, a ponadto opierające się na subiektywności badania w paradygmacie idiograficznym mogłyby u(nie)możliwić dokonywanie nie do końca uzasadnionych generalizacji w tej dziedzinie.

³⁹ Można zaryzykować przypuszczenie, że doświadczanie problemów z tożsamością występuje częściej (co nie znaczy, że zawsze) u osób bardziej inteligentnych lub/i wykształconych, a z pewnością refleksyjnych, z mniejszą potrzebą pewności, prostej struktury czy domknięcia, a większą – poznania i wiedzy. Przykład z empirii: szukając osób do badania własnego, rozmawiałem początkowo z dwoma chorymi, którzy zdawali się nie przywiązywać żadnej wagi do własnej zmienności i ich konsekwencji. Na kartach tych osób znajdowała się informacja: „ociężałość umysłowa”. Niemniej jednak równie dobrym wytłumaczeniem nieobecności takiej refleksji u tych chorych może być (hipo)mania, w jakiej znajdowali się w czasie rozmowy, a której towarzyszy lekkoduchostwo i przekonanie o braku jakichkolwiek zaburzeń i problemów.

Należy jeszcze zauważyć, że także idiograficzne próby badawcze autora nie są wolne od fragmentaryczności czy tendencji do formułowania ponadjednostkowych twierdzeń. W przypadku „badań internetowych” świadczyłby o tym sam wybór słów kluczowych, a następnie wypowiedzi i wycinków całych wypowiedzi kojarzących się autorowi z tożsamością. Pytania do wywiadu z kolei powstawały w związku z wiedzą autora o psychologicznych koncepcjach tożsamości, przez co ta ostatnia mogła się ujawnić tylko na tyle, na ile pozwolił na to badający. Ponadto badanie przebiegało, tak jak u poprzedników, w czasie trwania jednej tylko fazy choroby, przez co nie tylko wewnątrzchorobowa dynamika, ale także i płynność właściwa tożsamości⁴⁰ nie miały możliwości wypłynąć na powierzchnię. Niemniej jednak zarówno jedna, jak i druga próba pozwoliła na wyłonienie się niepowtarzalnych (nieujętych we wcześniejszych badaniach) oraz powtarzalnych (zarówno przez cykliczne doświadczenia samej jednostki, jak i właściwych dla większej liczby osób) głosów, stanowiących efekt ciągu: doświadczenie – poczucie – wy-myślenie – wy-słowienie. Na koniec warto dodać, że badacz idiograficzny powinien mieć na celu przede wszystkim (z)rozumienie. Temu zaś służy najlepiej odwrócenie powyższych etapów tworzenia się wypowiedzi: przechodzenie od usłyszenia (przeczytania) poprzez poznawcze uchwycenie sensu słów i ich poczucie do (współ)doświadczenia rzeczywistości badanego. Nie musi to być oczywiście ciąg linearny i diachroniczny – wszystkie składowe rozumienia mogą się dziać w badaczu jednocześnie.

Literatura

Adams G.R. (1998). *The Objective Measure of Ego Identity Status: A Reference Manual*. Unpublished manuscript, University of Guelph, Canada, uoguelph.ca/~gadams/OMEIS_manual.pdf (dostęp: 21.12.2013).

⁴⁰ Por. np. postmodernistyczne koncepcje: „Ja nasyczonego” (Gergen, 2009) czy „płynności” rzeczywistości (w tym także tożsamości) według Baumana (2007), a także wypowiedź Piotra Olesia z przywoływanego już tomu: „O ile w tradycyjnych teoriach tożsamości kładziono nacisk na stałość, przywiązanie do wartości, jednoznaczność i pewność – według zasady, że tożsamość oddaje sens indywidualnej egzystencji – o tyle współcześnie akcentuje się zmienność, giętkość, adaptację i wielofunkcyjność – według zasady, że tożsamość lepiej oddaje to, kim człowiek może się stać, niż to, kim jest lub był” (Łukaszewski et al, 2012, s. 120). Nawiasem mówiąc, najbardziej „tradycyjna” teoria tożsamości także podkreślała zmienność, czy lepiej: procesualność tożsamości (nie bycie, a stawanie się). W książce *Tożsamość a cykl życia* (2004) pisze bowiem Erikson co następuje: „Kształtowanie tożsamości ani się nie zaczyna, ani nie kończy się wraz z adolescencją – jest to trwający całe życie rozwój w dużym stopniu nieuświadamiany przez jednostkę i jej otoczenie”.

- Altrocchi J. (2008). Różnice indywidualne w strukturze Ja. W: J. Rowan, M. Cooper (red.), *Jekyll i Hyde. Wielorakie Ja we współczesnym świecie*, przeł. J. Kowalczevska, J. Suchecki. Gdańsk: GWP, s. 172–186.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bader D. (2011). *Do I Need a „Real Me”? Accepting Bipolar Personality Traits*, <http://www.bipolarvillage.com/do-i-need-a-real-me-accepting-bipolar-personality-traits/> (dostęp: 28.05.2013).
- Bauman Z. (2007). *Tożsamość*. Gdańsk: GWP.
- Berzonsky M.D. (1992). Identity style and coping strategies. *Journal of Personality*, 60, 771–787.
- Berzonsky M.D. (2004). Identity processing style, self-construction, and personal epistemic assumptions: A social-cognitive perspective. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 303–315.
- Berzonsky M.D. (2005). Ego-identity: A personal standpoint in a postmodern world. *An International Journal of Theory and Research*, 5, 125–136.
- Bikont A. (1988). Tożsamość społeczna – teorie, hipotezy, znaki zapytania. W: M. Jarymowicz (red.), *Studia nad spostrzeganiem relacji „ja–inni”: tożsamość, indywidualacja, przynależność*. Wrocław: Ossolineum, s. 15–39.
- Chapman J.R. (2002). *Bipolar Disorder. Responding to Challenges to Identity*, <http://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/493> (dostęp: 28.05.2013).
- Cheek J.M., Briggs S.R. (1982). Self-consciousness and aspects of identity. *Journal of Research in Personality*, 16, 401–408.
- Cheek J.M., Tropp L.M., Chen S.C., Underwood M.K. (1994). Identity Orientations: Personal, Social, and Collective Aspects of Identity. Paper presented at the meeting of the APA, Los Angeles.
- Dobroczyński B. (2000). Transpersonalna koncepcja tożsamości. W: A. Gałdowa (red.), *Tożsamość człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 149–163.
- Erikson E. (2004). *Tożsamość a cykl życia*, przeł. M. Żywicki. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Fenigstein A., Sheier M.F., Buss A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (4), 522–527.
- Frankl V.E. (1984). *Homo patiens*, przeł. R. Czernecki, J. Morawski. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Gałdowa A. (1995). *Powszechność i wyjątek*. Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Gergen K.J. (2009). *Nasycone Ja. Dylematy tożsamości w życiu współczesnym*, przeł. M. Marody. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goodwin F.K., Jamison K.R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Grotstein J.S. (2008). Alter ego i déjà vu. W: J. Rowan, M. Cooper (red.), *Jekyll i Hyde. Wielorakie Ja we współczesnym świecie*, przeł. J. Kowalczevska, J. Suchecki. Gdańsk: GWP, s. 37–58.

- Grzegorek A. (2008). *Co psycholog może mieć na myśli, kiedy mówi o tożsamości?* W: D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 17–31.
- Grzegorek T. (2000). Tożsamość a poczucie tożsamości. Próba uporządkowania problematyki. W: A. Gałdowa (red.), *Tożsamość człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 53–70.
- Herbert Z. (2008). *Dzieła zebrane*. Kraków: Wydawnictwo a5.
- Inder M.L. et al. (2008). "I actually don't know who I am": The impact of bipolar disorder on the development of self. *Psychiatry*, 71 (2), 123–133.
- James W. (1983). *Principles of Psychology*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Jamison K.R. (1996). *Touched with Fire: Manic-depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York: Free Press.
- Jamison K.R. (2000). *Niespokojny umysł*, przeł. F. Rybakowski. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Jarymowicz M. (1988). *Studia nad spostrzeganiem relacji „ja-inni”: tożsamość, indywidualność, przynależność*. Wrocław: Ossolineum.
- Kraus A. (1995). Psychotherapy based on identity problems of depressives. *American Journal of Psychotherapy*, 49 (2), 197–211.
- Krzyżewski K., Kazberuk A. (2000). Specyfika psychologicznego ujmowania tożsamości. W: A. Gałdowa (red.), *Tożsamość człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 17–35.
- Logan L. (2013). The problem with how we treat bipolar disorder. *New York Times*, April 26. <http://www.nytimes.com/2013/04/28/magazine/the-problem-with-how-we-treat-bipolar-disorder.html> (dostęp: 20.05.2013).
- Łukaszewski W., Doliński D., Fila-Jankowska A., Maruszewski T., Niedźwieńska A., Oleś P., Szudlarek T. (2012). *Tożsamość. Trudne pytanie kim jestem*. Sopot: Smak Słowa.
- Majczyna M. (2000). Podmiotowość a tożsamość. W: A. Gałdowa (red.), *Tożsamość człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 35–53.
- Mandrosz-Wróblewska J. (1988). *Tożsamość i niespójność Ja a poszukiwanie własnej odrębności*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Marcia J.E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551–558.
- Marcus H. (1977). Self-Schemata and Information About the Self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63–78.
- McAdams D., Josselson R., Lieblich A. (2006). *Identity and Story: Creating Self in Narrative*. Washington: American Psychological Association.
- McCrae R.R., Costa P.T., Jr. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka: perspektywa teorii Pięcioczynnikowej*, przeł. B. Majczyna. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Nario-Redmond M., Biernat M., Eidelman S., Palenske D. (2004). The Social and Personal Identities Scale: A Measure of the Differential Importance Ascribed to Social and Personal Self-Categorizations. *Self and Identity*, 3, 143–175.
- Oleś P.K. (2008). O różnych rodzajach tożsamości oraz ich stałości i zmianie. W: P.K. Oleś, A. Batory (red.), *Tożsamość i jej przemiany a kultura*. Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 41–84.

- Pilarska A. (2012). Wielowymiarowy Kwestionariusz Tożsamości. W: W. Paluchowski, A. Bujacz, P. Haładziński, L. Kaczmarek (red.), *Nowoczesne metody badawcze w psychologii*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, s. 167–189.
- Ross C. (2008). Kontinuum dysocjacji. W: J. Rowan, M. Cooper (red.), *Jekyll i Hyde. Wielorakie Ja we współczesnym świecie*, przeł. J. Kowalczevska, J. Suchecki. Gdańsk: GWP, s. 186–200.
- Rowan J. (2008). Normalny rozwój subosobowości. W: J. Rowan, M. Cooper (red.), *Jekyll i Hyde. Wielorakie Ja we współczesnym świecie*, przeł. J. Kowalczevska, J. Suchecki. Gdańsk: GWP, s. 21–37.
- Rybakowski J. (2002). Choroba afektywna dwubiegunowa u progu XXI w. *Przewodnik Lekarza*, 45 (9), 19–24.
- Rybakowski J. (2008). Koncepcja spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatria*, 5 (3), 75–82.
- Serafini T., Adams G. (2002). Functions of Identity: Scale Construction and Validation. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2 (4), 363–391.
- Schlenker B.R. (2012). Self-presentation. W: M.R. Leary, J.P. Tangney (red.), *Handbook of Self and Identity*. New York: The Guilford Press.
- Sokolik M. (1992). *Psychoanaliza i Ja: kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Santorski i S-ka.